

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem**  
**Médico-Cirúrgica**  
**Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**  
Relatório de Estágio

**Reação de Hipersensibilidade à Terapêutica**  
**Antineoplásica: Cuidados de Enfermagem em Hospital**  
**de Dia**

**Inês Gonçalves Vicente Claro**

**Lisboa**

**2018**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem**  
**Médico-Cirúrgica**  
**Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**  
Relatório de Estágio

**Reação de Hipersensibilidade à Terapêutica**  
**Antineoplásica: Cuidados de Enfermagem em Hospital**  
**de Dia**


**Inês Gonçalves Vicente Claro**

Orientador: Mestre Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

**Lisboa**

**2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **AGRADECIMENTOS**

Expresso o meu profundo agradecimento à Senhora Professora Eunice Sá por acreditar neste projeto e acompanhar o desenvolvimento deste trabalho, contribuindo de forma ímpar através do seu conhecimento, incentivo e disponibilidade.

Agradeço a todos os profissionais de saúde com quem tive o privilégio de contactar nos vários contextos de estágio, pela recetividade e partilha genuína de saberes e experiências.

À Enfermeira Helena Mendes, agradeço a sua colaboração, apoio e incentivo incondicionais que, sem dúvida, marcaram a diferença no sucesso deste percurso. Pela vontade de fazer sempre mais e melhor e apostar na melhoria da qualidade dos cuidados, acreditou sempre neste projeto e adotou-o como sendo de toda a equipa.

À Enfermeira Ana Silva, que incitou e acompanhou todo este trajeto, agradeço a sua amizade, compreensão, partilha e estímulo.

Fico grata a todos os profissionais de saúde do Hospital de Dia de Oncologia pelo seu envolvimento no projeto, sobretudo à equipa de Enfermagem, por colmatarem a minha ausência e pelo apoio, solidariedade e encorajamento que demonstraram ao longo deste percurso.

À minha família, pais, irmão e avó, pela compreensão constante e apoio incondicional. Obrigado por estarem sempre presentes.

Ao Francisco, por tolerar a minha ausência e integrar na nossa vida o meu projeto profissional, agradeço a motivação, o companheirismo, as horas de escuta e de partilha e as palavras certas no momento certo.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ASCO – *American Society of Clinical Oncology*

CCP – Cuidado Centrado na Pessoa

CTCAE – *Common Terminology Criteria for Adverse Events*

DGS – Direção-Geral da Saúde

EAAC – *European Academy of Allergy and Clinical Immunology*

EONS – *European Oncology Nursing Society*

ESEL – Escola Superior de Saúde de Lisboa

HDI – Hospital de Dia de Imunoalergologia

HDO – Hospital de Dia de Oncologia

IgE – Imunoglobulina E

NCI – *National Cancer Institute*

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONS – *Oncology Nursing Society*

RAM – Reação adversa a um medicamento

RHS – Reação de hipersensibilidade

RHTA – Reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

WAO – *World Allergy Organization*

WHO – *World Health Organization*



## RESUMO

As reações de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica (RHTA) são eventos adversos associados ao tratamento oncológico, com considerável impacto negativo no bem-estar e qualidade de vida do doente, bem como nos seus resultados terapêuticos. Para os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, as RHTA representam um enorme desafio.

Numa análise reflexiva sobre o contexto de cuidados, foi identificada uma prática insatisfatória relativamente aos cuidados de enfermagem à pessoa com RHTA num Hospital de Dia de Oncologia (HDO). Para dar resposta a esta problemática foi desenvolvido um projeto de intervenção, tendo sido definida como ponto de partida a questão de investigação “Quais os cuidados de enfermagem à pessoa com reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica em contexto de hospital de dia?”. De modo a fundamentar a prática com a melhor evidência científica disponível foi elaborada uma revisão *scoping* da literatura, que evidenciou a relevância e a complexidade do papel do enfermeiro na abordagem das RHTA, sendo possível categorizar a sua intervenção ao nível da prevenção, diagnóstico, gestão e educação, no sentido de otimizar a segurança do doente e minimizar o risco de complicações.

Com o desenvolvimento e implementação do projeto pretendeu-se a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com RHTA, bem como o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem na Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica e competências do 2º ciclo do ensino superior, correspondente ao grau académico de Mestrado. Para a obtenção destas competências foram realizados quatro estágios em diferentes contextos, que permitiram a análise e reflexão crítica sobre as práticas, bem como o desenvolvimento de conhecimentos neste âmbito. Foram utilizados como referenciais teóricos o Modelo de Aquisição de Competências de Patricia Benner, o Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa de Brendan McCormack e Tanya McCance e os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros.

O presente relatório teve por base a metodologia de projeto e pretende descrever e refletir sobre o percurso realizado, evidenciando as aprendizagens efetuadas e os contributos do projeto na melhoria da qualidade. Com a

implementação deste projeto considera-se terem sido desenvolvidas competências a nível pessoal, profissional e académico, bem como criadas condições para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente ao nível da capacitação da equipa, através da realização de sessões de formação, e da sistematização e uniformização das práticas, através da criação de instrumentos de suporte educacional, guia orientador de boas práticas, proposta de norma de procedimento na gestão RHTA imediata, proposta de protocolo de articulação entre os serviços de oncologia e imunoalergologia, instrumento de registo da RHTA, *check-list* da consulta de enfermagem e atualização do guia de acolhimento do doente.

Palavras-chave: Hipersensibilidade; Terapêutica Antineoplásica; Doente Oncológico; Enfermagem Oncológica

## **ABSTRACT**

Hypersensitivity reactions to antineoplastic agents (HRAA) are adverse events associated with oncology treatment, with a considerable negative impact in the patient's well-being and quality of life, as well as in his therapeutic results. For health professionals, especially nurses, HRAA represents a huge challenge.

In a reflexive analysis about the care context, an unsatisfactory practice regarding the nursing care of the person with HRAA in an Oncology Day Care Unit was identified. A project of intervention was developed in order to address the issue, so the research question "What nursing care will a person with HRAA require in an Oncology Day Care Unit environment?" was set as the starting point. In order to base the practice with the best available scientific evidence, a scoping review of the literature was elaborated, highlighting the relevance and complexity of the role of nurses in the HRAA approach, making it possible to categorize their intervention in the prevention, diagnosis, management and education levels, in order to optimise patient safety and minimise the risk of further complications.

The development and implementation of the project was intended to improve the quality of nursing care for the person with HRAA, develop nursing specialist competencies in oncology nursing area of intervention and also measure competences for the 2nd cycle of higher education, corresponding to a Master's academic degree. In order to obtain these competences, four internships were carried out in different contexts, which enabled analysis and critical reflection on the practices, as well as improve the development of knowledge in this field. The theoretical framework was based on Patricia Benner's Skills Acquisition Model, Brendan McCormack and Tanya McCance's Person Centered Care Model and the Nursing Order Quality Standards.

This report was based on project methodology and aims to describe and reflect on the path taken, showing the lessons learned and the project's contributions to quality improvement. The implementation of this project is considered to have developed personal, professional and academic skills, as well as conditions for improving the quality of nursing care. This was achieved improving the level of team skills through a training programme and the systematisation and standardisation of practice through several activities, including the creation of educational support and a

good practice guide, a proposal for standard procedures in the management of immediate HRAA, a proposal for a protocol between the oncology services and the immunoallergology, an HRAA registration tool, a nursing care checklist and the updating of patient's hosting brochure.

Keywords: Hypersensitivity; Antineoplastic Agents; Oncology Patient; Oncology Nursing

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....</b>	<b>19</b>
1.1. A pessoa com reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica .....	19
1.2. As intervenções de enfermagem no cuidado à pessoa com reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica .....	22
1.3. O Modelo de Desenvolvimento de Competências de Patricia Benner e o Cuidado Centrado na Pessoa.....	25
<b>2. PROJETO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>30</b>
2.1. Diagnóstico de situação.....	31
2.2. Objetivos gerais .....	34
2.3. Planeamento .....	35
<b>3. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS.....</b>	<b>38</b>
3.1. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica em contexto de hospital de dia .....	39
3.1.1. Integrar de modo progressivo a equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional e organizacional .....	39
3.1.2. Analisar a prática da equipa multidisciplinar à pessoa em regime de tratamento antineoplásico em contexto de hospital de dia, sobretudo nos cuidados relacionados com as reações de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica.....	41
3.1.3. Descrever a articulação existente entre o Hospital de Dia de Oncologia e o Hospital de Dia de Imunoalergologia no que respeita às reações de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica.....	44

<b>3.2. Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica em contexto de hospital de dia .....</b>	<b>46</b>
3.2.1. Divulgar à equipa de enfermagem a implementação do projeto.....	46
3.2.2. Capacitar a equipa de enfermagem para os cuidados à pessoa com reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica.....	47
3.2.3. Implementar intervenções de enfermagem no âmbito da prevenção das reações de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica .....	48
3.2.4. Implementar intervenções de enfermagem no âmbito do diagnóstico das reações de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica .....	51
3.2.5. Implementar intervenções de enfermagem no âmbito da gestão das reações de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica.....	53
3.2.6. Implementar intervenções de enfermagem no âmbito da educação em relação às reações de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica .....	56
3.2.7. Avaliar os resultados obtidos após implementação do projeto na mudança da prática de cuidados.....	58
<b>4. AVALIAÇÃO .....</b>	<b>59</b>
<b>4.1. Reflexão sobre o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica .....</b>	<b>59</b>
4.1.1. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	60
4.1.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa e em pessoa em situação crítica .....	64
4.1.3. Competências preconizadas pela <i>European Oncology Nursing Society</i> .....	65
4.1.4. Competências do 2º ciclo previstas para a obtenção do Grau de Mestre.....	67
<b>4.2. Pontos fortes e pontos fracos relativos à implementação do projeto .....</b>	<b>67</b>
<b>4.3. Contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados.....</b>	<b>69</b>
<b>5. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS .....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>76</b>

## APÊNDICES

APÊNDICE I – Sondagem de opinião aplicada à equipa de enfermagem do Hospital de Dia de Oncologia da Unidade Hospitalar D

APÊNDICE II – Apresentação dos resultados da sondagem de opinião aplicada à equipa de enfermagem do Hospital de Dia de Oncologia da Unidade Hospitalar D

APÊNDICE III – Matriz de análise SWOT para a implementação do projeto

APÊNDICE IV – Cronograma referente à realização dos estágios

APÊNDICE V – Descrição dos objetivos, atividades e resultados esperados

APÊNDICE VI – Cronograma das atividades

APÊNDICE VII – Plano de sessão de apresentação do projeto realizada no Estágio II

APÊNDICE VIII – Instrumento de avaliação da sessão realizada no Estágio II

APÊNDICE IX – Análise das respostas ao questionário de avaliação da sessão realizada no Estágio II

APÊNDICE X – Revisão *Scoping* da Literatura

APÊNDICE XI – Instrumento de observação da prática de enfermagem

APÊNDICE XII – Reflexão crítica das práticas de enfermagem observadas em contexto de estágio

APÊNDICE XIII – Instrumento de suporte educacional realizado no Estágio II

APÊNDICE XIV – Norma de articulação de cuidados realizada no Estágio II

APÊNDICE XV – Plano de sessão de apresentação do projeto realizada no Estágio IV

APÊNDICE XVI – Instrumento de avaliação da sessão de apresentação do projeto realizada no Estágio IV

APÊNDICE XVII – Análise das respostas ao questionário de avaliação da sessão de apresentação do projeto realizada no Estágio IV

APÊNDICE XVIII – Plano de sessão da formação “Reações de Hipersensibilidade em Oncologia” realizada no Estágio IV

APÊNDICE XIX – Ecrãs da sessão de formação “Reações de Hipersensibilidade em Oncologia” realizada no Estágio IV

APÊNDICE XX – Instrumento de avaliação da sessão de formação “Reações de Hipersensibilidade em Oncologia” realizada no Estágio IV

APÊNDICE XXI – Análise das respostas ao questionário de avaliação da sessão de formação “Reações de Hipersensibilidade em Oncologia” realizada no Estágio IV

APÊNDICE XXII – *Check-list* da consulta de enfermagem do Estágio IV

APÊNDICE XXIII – Proposta de norma de articulação entre os serviços de Hospital de Dia de Oncologia e Imunoalergologia realizada no Estágio IV

APÊNDICE XXIV – Guia Orientador de Boas Práticas realizado no Estágio IV

APÊNDICE XXV – Proposta de norma de procedimento com o algoritmo de atuação na RHTA imediata realizado no Estágio IV

APÊNDICE XXVI – Póster com algoritmo de atuação realizado no Estágio IV

APÊNDICE XXVII – Instrumento de registo da RHTA realizado no Estágio IV

APÊNDICE XXVIII – Estudo de situação realizado no Estágio IV

APÊNDICE XXIX – Atualização do guia de acolhimento do doente realizado no Estágio IV

APÊNDICE XXX – Instrumento de suporte educacional para o doente com RHTA realizado no Estágio IV

APÊNDICE XXXI – Instrumento de suporte educacional para o doente referenciado para a consulta de imunoalergologia – oncologia realizado no Estágio IV

APÊNDICE XXXII – Plano de sessão da apresentação do balanço final de implementação do projeto e perspetivas futuras realizada no Estágio IV

APÊNDICE XXXIII – Sessão da apresentação do balanço final de implementação do projeto e perspetivas futuras realizado no Estágio IV



## **ANEXOS**

ANEXO I – Classificação de Gell & Commbs

ANEXO II – Registos da Avaliação do Estágio com Relatório

## INTRODUÇÃO

O presente relatório intitulado “Reação de Hipersensibilidade à Terapêutica Antineoplásica: Cuidados de Enfermagem em Hospital de Dia” foi desenvolvido no âmbito do 8º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e resulta de um trabalho contínuo, desenvolvido ao longo da Unidade Curricular Estágio com Relatório, que decorreu no 1º semestre do 2º ano deste curso. Pretende-se com o relatório descrever e refletir sobre este percurso, integrando o conhecimento científico adquirido e demonstrando o desenvolvimento dos níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, que levem ao desenvolvimento de competências especializadas nesta área de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

A problemática em estudo surge após uma análise reflexiva sobre a prática de cuidados em contexto profissional, neste caso um serviço de oncologia ambatório<sup>1</sup>, e após validação das necessidades junto da equipa de enfermagem, tendo sido reconhecida uma prática não satisfatória relativamente aos cuidados de enfermagem inerentes à pessoa com RHTA. De modo a dar resposta aos problemas identificados, foi desenvolvido um projeto de intervenção em que se pretendeu, através da análise e reflexão crítica sobre as práticas e a aquisição de conhecimentos teóricos e científicos, melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com RHTA.

O projeto foi de encontro à missão da instituição onde foi implementado, centrada na prestação de cuidados de saúde com elevados níveis de competência, excelência e rigor, através da promoção da formação, da introdução de boas práticas baseadas na evidência e da inovação em saúde [informação retirada do site oficial da instituição, 2018], para além de corresponder aos objetivos do Plano Estratégico de Enfermagem 2015-2018 da mesma, sobretudo no âmbito das práticas seguras e dos programas de garantia da qualidade dos cuidados. A nível pessoal, para além de ser considerado um projeto de carácter inovador, numa área de interesse atualmente ainda pouco explorada e algo desvalorizada na comunidade de

---

<sup>1</sup> Por ambatório compreende-se uma “modalidade de prestação de cuidados de saúde a indivíduos não internados, isto é, com permanência num estabelecimento de saúde inferior a 24 horas” (Direção-Geral da Saúde, 2016, p.56).

oncologia médica, também a complexidade associada às intervenções de enfermagem e a multidisciplinariedade exigida nos cuidados à pessoa com RHTA, revelaram-se factores bastante motivadores e desafiantes, pertinentes neste momento de aprendizagem. Pretendeu-se ainda que a elaboração e implementação deste projeto conduzissem ao desenvolvimento profissional, sobretudo através da aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica.

O cancro tem um peso considerável a nível mundial e aumenta de forma preocupante, pondo em causa a saúde pública e o desenvolvimento global. A incidência de cancro é crescente em todo o mundo, com dados da *International Agency for Research on Cancer* a comunicarem 14 milhões de novos casos em 2012 e cerca de 32,6 milhões de sobreviventes aos cinco anos (Ferlay et al., 2013) e a *World Health Organization* (WHO) a estimar um aumento de 70% de novos casos nas próximas duas décadas (World Health Organization, 2018). Sendo responsável por uma significativa morbilidade e mortalidade, o cancro é atualmente a segunda causa de morte a nível mundial, tendo provocado 8,8 milhões de mortes no ano de 2015 (WHO, 2018). Na tentativa de contrariar esta realidade, existe atualmente uma multiplicidade de opções de tratamento dirigidos ao cancro que podem incluir mais do que uma modalidade terapêutica, destacando-se a cirurgia, radioterapia e a terapêutica antineoplásica (quimioterapia, imunoterapia e hormonoterapia).

Nenhuma das modalidades terapêuticas utilizadas em oncologia é isenta de riscos ou complicações para o doente. No caso específico da administração de agentes antineoplásicos, nomeadamente a quimioterapia e imunoterapia, é reconhecido que se trata de um processo bastante complexo e susceptível de causar danos ao doente, em que os desafios para a manutenção da sua segurança aumentam proporcionalmente à evolução dos regimes terapêuticos (Jacobson et al., 2009). Nas últimas duas décadas têm sido vários os avanços no tratamento do cancro, sobretudo através do desenvolvimento de terapias alvo (nomeadamente anticorpos monoclonais) e da utilização cada vez mais frequente de regimes com terapêuticas em associação ou combinadas (Mezzano, Giavina-Bianchi, Picard, Caiado & Castells, 2014). Neste sentido, associado ao aparecimento de novas armas terapêuticas e à maior sobrevivência dos doentes oncológicos, verifica-se um

aumento da incidência de reações adversas à quimioterapia e terapêuticas biológicas (Caiado, 2016).

O *National Cancer Institute* (NCI)<sup>2</sup> define evento adverso (ou efeito adverso) como qualquer sinal, sintoma ou doença temporária, desfavorável e não intencional, que surge durante um tratamento ou procedimento terapêutico e cuja causa pode estar ou não relacionada com estes, podendo adquirir diferentes níveis de gravidade (National Cancer Institute, 2010). Uma reação adversa a um medicamento (RAM) é definida como uma resposta nociva e não intencional a um fármaco que é normalmente utilizado em humanos (WHO, 1972). As reações de hipersensibilidade (RHS) são um subgrupo das RAM que são inesperadas e, de acordo com a terminologia proposta pela *European Academy of Allergy and Clinical Immunology* (EAACI), atualizada pela *World Allergy Organization* (WAO), são reações caracterizadas por sinais e/ou sintomas objetivamente reprodutíveis<sup>3</sup>, iniciados pela exposição a um determinado estímulo, numa dose que é geralmente bem tolerada por indivíduos normais (Johansson et al., 2004). A terminologia utilizada para definir, caracterizar e categorizar as reações a fármacos não é consensual na literatura (Johansson et al., 2004; Vogel, 2010; Gallimore, 2016; Roselló, Blasco, García Fabregat, Cervantes & Jordan, 2017), o que dificulta a sua abordagem.

A incidência das RHTA é difícil de determinar (Vogel, 2014), no entanto, estima-se que as RHS constituam cerca de 15% de todas as RAM e afetem 7% da população em geral (Demoly et al., 2014). A grande maioria das terapêuticas antineoplásicas é passível de causar RHS e a sua administração por via parentérica representa um risco acrescido<sup>4</sup> (Zetka, 2012; Vogel, 2010; Roselló et al., 2017). Os agentes antineoplásicos com maior suscetibilidade para causar RHS são os sais de platina, taxanos, asparaginases e anticorpos monoclonais (Gruchalla, 2003; Demoly

---

<sup>2</sup> Utilizada a versão 4.3 do documento *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE). Estes critérios são largamente aceites entre a comunidade de oncologia como classificação *standard* e escala de graduação de intensidade de eventos adversos (Zetka, 2012).

<sup>3</sup> É importante que a RHS seja reprodutível (do inglês *reproducible*) no sentido em que exista evidência razoável ao nível da história, exame objetivo ou pesquisa de uma ligação entre os sintomas e os factores ambientais aos quais o doente atribuiu os seus sintomas (Johansson et al., 2001), neste caso associado a um fármaco.

<sup>4</sup> Razão pela qual são frequentemente descritas na evidência científica como reações infusionais ou reações relacionadas com a infusão. Por reação infusional entende-se uma reação adversa inesperada que ocorre durante a perfusão endovenosa de uma substância farmacológica ou biológica (NCI, 2010), não explicada pelo efeito toxicológico da mesma (Zetka, 2012). É frequentemente utilizada de forma indiscriminada na literatura como sinónimo de RHS, sobretudo em estudos na área da oncologia, no entanto, importa esclarecer que este é um termo bastante mais abrangente, utilizado para referir qualquer reação que ocorra durante uma infusão, independentemente do seu mecanismo etiológico.

et al., 2014). Cerca de 12-19% das RHS ocorrem com sais de platina (carboplatina, oxaliplatina e, menos frequente, cisplatina) e 5-45% com taxanos (sobretudo paclitaxel e docetaxel) (Lenz, 2007).

As RHTA, particularmente as que ocorrem durante a perfusão, são causadoras um extremo *stress* e sensação de medo, angústia e ansiedade (Vogel, 2014) e, dada a sua imprevisibilidade, afetam não apenas as pessoas que as experienciam, mas também os enfermeiros que, frequentemente, não se encontram preparados para lidar com estes eventos (Winkeljohn & Polovich, 2006; Lenz, 2007). As RHTA têm impacto no bem-estar e na qualidade de vida do doente, bem como nos seus resultados clínicos, dando origem a atrasos no tratamento ou à necessidade da sua substituição (Winkeljohn & Polovich, 2006; Vogel, 2014). Para os profissionais de saúde, as RHS representam um desafio constante, sobretudo para os enfermeiros que trabalham em oncologia e administram terapêutica antineoplásica (Wilkes, 2008).

Dados da Direção-Geral da Saúde (DGS) demonstram que a administração de fármacos antineoplásicos é realizada maioritariamente em ambulatório, sobretudo nos hospitais de dia, sendo o número de sessões realizadas em internamento quase residual (Direção-Geral da Saúde, 2013), o que implica que estes locais estejam adequadamente preparados com meios físicos e humanos para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados, imposta neste tipo de procedimentos. De acordo com os requisitos específicos para a prestação de cuidados em oncologia definidos pela Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (2009, p.10), os serviços de oncologia médica devem assegurar “(...) a capacidade técnica do serviço para o tratamento indicado e para o tratamento de intercorrências possíveis” e que “a administração de quimioterapia parentérica só pode ser feita por elementos de enfermagem com treino adequado” e “o serviço deve possuir enfermagem com formação específica e competências na abordagem terapêutica do doente”. Os *standards* de administração segura de quimioterapia a doentes adultos em contexto de ambulatório, realizados pela *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) e pela *Oncology Nursing Society* (ONS) recomendam que, pela complexidade associada à administração de quimioterapia e o risco elevado de efeitos adversos severos inerentes, são essenciais cuidados sistematizados nos locais onde estas terapêuticas são utilizadas (Jacobson et al., 2009; Neuss et al., 2017).

A evidência científica demonstra que o enfermeiro tem um papel preponderante nos cuidados à pessoa com RHTA, atuando em diversas áreas de intervenção, por ser o profissional que administra os fármacos e acompanha todo o processo de tratamento. Assim, é fundamental que o enfermeiro que intervém na administração desta terapêutica tenha uma adequada preparação para a obtenção resultados positivos na abordagem das RHTA (Vogel, 2014). Ter conhecimento sobre as RHS e consciência dos riscos que representam, permite aos enfermeiros e restantes profissionais de saúde uma atuação adequada, otimizando a segurança do doente e minimizando as complicações (Zetka, 2012; Gallimore, 2016).

Relacionando a evidência científica e a prática observada em contexto profissional no que concerne aos cuidados de enfermagem expectáveis na atuação perante as RHTA, consideraram-se vários aspetos a melhorar, o que justifica a pertinência do tema e a necessidade de intervenção nesta área de cuidados. Assim, pretendeu-se que este projeto trouxesse contributos para a melhoria dos cuidados de enfermagem, nomeadamente nas áreas relacionadas com a capacitação da equipa de enfermagem, a sistematização das intervenções de enfermagem na abordagem das RHTA e a promoção da segurança do doente. No sentido de dar resposta às finalidades do projeto foram definidos quatro locais de estágio distintos e de referência a nível nacional nos cuidados ao doente oncológico, cujos contributos permitiram aprofundar conhecimentos e conhecer realidades distintas da prática, para além da reflexão e partilha de experiências com profissionais peritos nesta área de intervenção. Para o entendimento do estado de arte e o enquadramento das intervenções de enfermagem na implementação do projeto e elaboração do relatório foi utilizada como estratégia a realização de uma revisão *scoping* da literatura.

De modo a dar consistência teórica ao presente relatório, a elaboração, planeamento e implementação do projeto aqui exposto foi alicerçada em quadros de referência específicos da profissão de enfermagem. Foram utilizados como referencial teórico os contributos de Patricia Benner (2001), com o Modelo de Aquisição de Competências, de Brendan McCormack & Tanya McCance (2006, 2010), com o Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa e dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2012). Na abordagem dos cuidados à pessoa com RHTA deve ser tido em linha de conta a capacitação do enfermeiro e o seu desenvolvimento de competências nesta área de intervenção de modo a garantir uma correta e eficiente atuação perante as RHS, com impacto na segurança do

doente que realiza tratamento oncológico. Por outro lado, o doente deve ser parte integrante deste processo, devendo o enfermeiro ser capaz de garantir um cuidado individualizado e centrado nas necessidades da pessoa, bem como desenvolver uma relação de empatia e parceria com o doente e família, em que todos contribuem para o sucesso da abordagem das RHTA. Sendo a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa com RHTA o objetivo último deste projeto, considera-se igualmente necessário o desenvolvimento de competências no domínio da implementação de sistemas de melhoria da qualidade do exercício profissional, nomeadamente no que respeita aos descritivos dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE).

De uma maneira geral, a elaboração do presente relatório vem espelhar a evolução deste percurso académico e as aprendizagens realizadas no seu decurso, tendo sido delineados os seguintes objetivos:

- Descrever as atividades realizadas na operacionalização do projeto de intervenção;
- Analisar o percurso desenvolvido, articulando o pensamento crítico, a evidência científica e os conhecimentos adquiridos;
- Refletir sobre as aprendizagens efetuadas e as competências desenvolvidas;
- Analisar os contributos do projeto de intervenção para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem;

O relatório encontra-se organizado em quatro capítulos distintos. Inicialmente é realizado um enquadramento conceptual no âmbito das intervenções de enfermagem à pessoa com RHTA e do referencial teórico utilizado; no segundo capítulo é dado a conhecer o projeto de intervenção delineado, com apresentação do diagnóstico de situação, objetivos e planeamento do mesmo; no terceiro capítulo, são descritas e analisadas as tarefas previstas para o projeto de intervenção e os resultados obtidos; no quarto capítulo é efetuada a avaliação da implementação do projeto através da análise das competências desenvolvidas, dos pontos fortes e pontos fracos relativos à sua implementação e dos seus contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados; finalmente, no quinto capítulo, é realizada uma síntese do trabalho desenvolvido e são dadas a conhecer as principais conclusões e perspetivas futuras relativas à implementação do projeto de intervenção.



## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

A pesquisa da melhor evidência possível e a apreciação da sua aplicabilidade no contexto da prática clínica são factores que contribuem para o desenvolvimento da prática baseada na evidência (Domenico & Ide, 2003). A prática baseada na evidência providencia racionalidade e lógica às intervenções de enfermagem, servindo de suporte à prática clínica (Tavernier, 2014). O enquadramento conceptual aqui apresentado permite fundamentar e sustentar do ponto de vista teórico a problemática e o trabalho desenvolvido.

### **1.1. A pessoa com reacção de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica**

As RHS têm um impacto negativo bastante significativo na pessoa com doença oncológica. Frequentemente os doentes e os seus familiares apresentam níveis elevados de medo e ansiedade após experienciarem uma RHTA e muitos desejam não prosseguir com o tratamento (Chadda et al., 2013). Do mesmo modo, as RHS podem ter grandes implicações a nível do tratamento oncológico, dando origem a atrasos do mesmo ou à necessidade de substituição do fármaco, geralmente por alternativas terapêuticas menos eficazes, com maiores níveis de toxicidade e/ou mais dispendiosas (Winkeljohn & Polovich, 2006; Vogel, 2014; Mezzano et al., 2014), com eventuais repercussões no resultado terapêutico. Para pessoas com doenças oncológicas, hematológicas e inflamatórias crónicas, a mudança para uma segunda linha de tratamento após uma RHS pode ter um impacto negativo na sua qualidade de vida e na sua sobrevida (Sloane et al., 2016).

Neste sentido, é fundamental valorizar as RHS como importantes eventos adversos associados aos tratamentos antineoplásicos. Os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, assumem um papel determinante no cuidado à pessoa com RHTA, devendo ter um conhecimento aprofundado sobre estas reacções, bem como a capacidade de reconhecer a importância que assumem na promoção do bem-estar e da segurança. No entanto, apesar da gravidade que as RHS podem assumir, verifica-se que geralmente os profissionais não se encontram preparados para lidar com estes eventos (Lenz, 2007). A vaga e inconsistente terminologia



utilizada para descrever estas reações pode justificar o pouco conhecimento sobre a sua patofisiologia, sobretudo em relação aos agentes antineoplásicos, o que reflete a falta de preparação e o facto de a comunidade de oncologia não estar familiarizada com a avaliação e a gestão das RHS (Lenz, 2007). Apesar dos consensos internacionais realizados na tentativa de colmatar este facto, a abordagem sistematizada e uniformizada no diagnóstico e orientação das RHS a fármacos permanece ainda um desafio (Demoly et al., 2014). Esta avaliação inapropriada da natureza e gravidade das RHTA pode afetar de forma negativa as decisões terapêuticas (Lenz, 2007), sendo fundamental um conhecimento aprofundado sobre a sua abordagem (Vogel, 2010; Zetka, 2012; Gallimore, 2016).

De uma maneira geral, as RAM pode ser classificadas em reações do tipo A, mais frequentes (85 a 90%), previsíveis, dose-dependentes, relacionadas com as propriedades farmacológicas ou toxicológicas do fármaco e que podem surgir em qualquer indivíduo (são exemplos, os efeitos secundários, a sobredosagem e as interações medicamentosas), ou em reações do tipo B, menos frequentes (10 a 15%), imprevisíveis, não dependentes do efeito farmacológico do fármaco e que surgem apenas em indivíduos suscetíveis, de que são exemplo as RHS (Rawlins & Thompson, 1977 cit. por Regateiro & Faria, 2016).

As RHS envolvem sempre o sistema imunitário, no entanto, umas são de natureza alérgica, quando desencadeadas por um mecanismo imunológico (geralmente mediadas por anticorpos da classe IgE, mas também linfócitos T ativados ou outros mediadores celulares), enquanto outras podem ser não-alérgicas, quando este mecanismo não está presente (Johansson et al., 2004; Demoly et al., 2014; Vogel, 2010, 2014; Regateiro & Faria, 2016). Enquanto a quimioterapia induz mais frequentemente reações alérgicas, os anticorpos monoclonais induzem reações não-alérgicas (Vogel, 2010). Apesar da etiologia distinta, as manifestações clínicas entre as reações podem ser semelhantes e ambas requerem por parte do enfermeiro uma avaliação imediata e precisa, bem como uma gestão eficiente, de modo a evitar complicações graves, que podem incluir a morte do doente (Vogel, 2010, 2014; Demoly et al., 2014). O diagnóstico diferencial é fundamental para a gestão da RHS e decisão terapêutica futura, nomeadamente a possibilidade ou não de reexposição ao fármaco (Romano, Torres, Castells, Sanz & Blanca, 2011; Vogel, 2014; Regateiro & Faria, 2016). Pela dificuldade associada ao diagnóstico imediato das RHS e numa tentativa de uniformização e simplificação da linguagem foi

definido que, na suspeita de uma alergia a um fármaco, deve ser utilizado preferencialmente o termo hipersensibilidade (Demoly et al., 2014).

As RHS variam tendo em conta o período de instalação e a sintomatologia apresentada, pelo que o seu tratamento irá depender da gravidade e do momento em que são detetadas (Caiado, 2016). A classificação das RHS pode facilitar o seu diagnóstico, gestão e abordagem terapêutica (Romano et al., 2011), sendo essencial para a adoção de medidas preventivas (Vogel, 2014). Existem diversos sistemas de classificação das RHS disponíveis na literatura (Vogel, 2014), no entanto, são mais frequentemente classificadas de acordo com o seu período de instalação ou de acordo com o seu mecanismo etiológico. Segundo a classificação recomendada pela WAO, as RHS a fármacos podem ser imediatas, quando ocorrem durante ou na primeira hora após a administração do fármaco, e não-imediatas/tardias, quando ocorrem no período entre a primeira hora após o término de administração do fármaco, até dias depois do tratamento, embora mais frequentemente surjam num período de seis horas (Johansson et al., 2004; Demoly et al., 2014). As RHS imediatas são geralmente induzidas por um mecanismo IgE mediado e caracterizam-se clinicamente por rubor, urticária, angioedema, conjuntivite, rinite, broncospasmo, sintomas gastrintestinais ou anafilaxia, enquanto as RHS não-imediatas/tardias são frequentemente associadas a um mecanismo de alergia tardio, dependente de linfócitos T e incluem geralmente sintomas cutâneos, como erupções maculopapulares, urticária de início retardado, vasculite, eritema multiforme, entre outros (Johansson et al., 2004; Demoly et al., 2014). A classificação segundo o mecanismo imunopatológico envolvido é utilizada sobretudo pelos imunoalergologistas, dada a sua especificidade, sendo geralmente utilizado o sistema de classificação de *Gell & Coombs* de 1968 (Anexo I). Apesar de ter vindo a ser modificada por diversos autores, esta classificação mantém-se útil e contribui para a decisão diagnóstica, terapêutica e de prognóstico destes doentes (Regateiro & Faria, 2016).

O diagnóstico e classificação das RHS devem ser realizados pelo imunoalergologista, no entanto, o enfermeiro desempenha neste caso um papel determinante, por ser o elemento que presencia e acompanha o evento, sendo a descrição e documentação da reação essenciais para o sucesso desta avaliação. No diagnóstico de uma RHS, para além da realização de uma história clínica detalhada sobre o evento, podem ser realizados testes cutâneos ou provas de provocação aos

fármacos (Demoly et al., 2014). Quando é comprovada uma reação alérgica ou em caso de reação grave, independentemente do seu mecanismo imunológico, pode ser considerada a dessensibilização ao fármaco que, por definição, é a indução de um estado temporário de ausência de resposta (tolerância) a um fármaco responsável por uma RHS (Romano et al., 2011; Demoly et al., 2014; Caiado, 2016; Jakel et al., 2016a, 2016b). Este procedimento deve ser considerado apenas quando o fármaco responsável é essencial e não existem alternativas ou estas não são satisfatórias (Demoly et al., 2014). Pela especificidade associada a estes procedimentos (testes cutâneos, provas de provocação e dessensibilização medicamentosa), todos os doentes oncológicos com suspeita de RHS devem ser referenciados a serviços de imunoalergologia com experiência na avaliação e tratamento destes eventos (Caiado, 2016). A administração de tratamento antineoplásico em si, mas sobretudo na realização destes procedimentos específicos relacionados com a especialidade de imunoalergologia, exigem profissionais treinados e preparados para identificar e tratar reações potencialmente fatais (Demoly et al., 2014).

## **1.2. As intervenções de enfermagem no cuidado à pessoa com reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica**

A evidência demonstra que o enfermeiro tem um papel preponderante nos cuidados à pessoa com RHTA, podendo garantir a segurança do doente sob tratamento oncológico de diversas formas (Vogel, 2014). A partir da revisão *scoping* realizada foi possível categorizar quatro principais áreas de intervenção do enfermeiro nos cuidados à pessoa com RHTA, nomeadamente ao nível da prevenção, do diagnóstico, da gestão e da educação.

As RHTA são imprevisíveis e podem ocorrer em qualquer momento, independentemente das medidas preventivas (Lenz, 2007), estando associados diversos factores de risco. Os contributos do enfermeiro no que respeita à prevenção das RHTA estão relacionados sobretudo com a avaliação e identificação dos factores de risco que podem contribuir para desenvolver ou exacerbar uma RHS (Vogel, 2010, 2014; Gallimore, 2016). Para tal, é fundamental uma avaliação inicial de enfermagem prévia ao tratamento que espelhe os antecedentes de saúde do doente, as histórias anteriores de alergia, a medicação concomitante e a experiência

em tratamentos antineoplásicos anteriores (Jacobson et al., 2009; Vogel, 2014; Roselló et al., 2017). O reconhecimento do risco de RHS permite ao enfermeiro adequar a sua intervenção e tomar medidas no sentido de antever e prevenir complicações associadas.

Ao nível do diagnóstico das RHTA a evidência enfatiza que, para um correto e atempado reconhecimento dos sinais/sintomas da RHS, bem como para uma adequada gestão, é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento sobre a terapêutica administrada e compreenda a fisiopatologia dos diversos tipos de RHS (Vogel, 2010). O reconhecimento precoce dos sinais/sintomas por parte dos enfermeiros permite uma adequada e atempada atuação perante estas reações (Viale & Yamamoto, 2009; Zetka, 2012). Os enfermeiros devem vigiar atentamente os doentes durante a realização do tratamento antineoplásico, pois um rápido diagnóstico da reação melhora os resultados de atuação e impede a evolução da gravidade da reação (Vogel, 2010). Assim, é essencial que os enfermeiros possam definir e gerir estratégias que promovam o rápido reconhecimento e a pronta intervenção perante as RHTA, no sentido de minimizar complicações para o doente (Gallimore, 2016).

A gestão das RHTA engloba diversos aspetos que devem ser considerados. Por um lado, os enfermeiros são elementos fundamentais na avaliação e na implementação de *guidelines* seguras de atuação perante as RHTA, devendo formular ou estar familiarizado com as normas de procedimento e trabalhar junto da equipa multidisciplinar no sentido de implementar um plano estratégico para gerir estas reações (Winkeljohn & Polovich, 2006). A sua atuação perante uma RHTA deverá sempre ir de encontro ao protocolo de atuação que, de acordo com a literatura, deve ser exigido em todas as organizações onde se administram estes fármacos (Shelton & Shivnan, 2011; Vogel, 2010, 2014; Gallimore, 2016; Roselló et al., 2017). Por outro lado, a documentação da caracterização da RHS é imperativa para o diagnóstico e para a tomada de decisão em relação ao futuro planeamento do tratamento e, neste caso, o enfermeiro assume um papel fundamental no registo completo e detalhado da RHTA, para além de assumir a notificação do evento (Vogel, 2010, 2014; Baldo & Paoli, 2014; Caiado, 2016). No caso particular da administração de protocolos de dessensibilização, tendo em conta a especificidade deste procedimento, o enfermeiro desenvolve um papel essencial na preparação, verificação, avaliação, administração, vigilância/monitorização e coordenação de

todo o procedimento, sendo um elemento-chave na articulação da equipa multidisciplinar, fundamental neste tipo de intervenção (Winkeljohn & Polovich, 2006; Vogel, 2010; Zetka, 2012; Jakel et al., 2016b).

Por fim, a educação do doente é um importante contributo para a prevenção e gestão das RHTA (Gallimore, 2016). Mais uma vez, o enfermeiro assume um papel central na educação do doente e dos seus familiares, sendo fundamental que estes sejam instruídos quanto ao reconhecimento dos sinais/sintomas que podem indicar uma RHTA e advertidos no sentido de os reportar precocemente, pois o facto de se encontrarem esclarecidos diminui consideravelmente os seus níveis de ansiedade em caso RHTA, para além de poderem ser um importante contributo na identificação precoce da reacção (Winkeljohn & Polovich, 2006; Viale & Yamamoto, 2009; Vogel, 2010, 2014). A educação do doente e da sua família em relação às RHTA é um factor-chave para assegurar a sua segurança (Vogel, 2014) na medida em que, o facto de o doente se encontrar informado enfatiza a importância do rápido reconhecimento da reacção (Gallimore, 2016). A importância da educação passa não apenas pelo doente e família, mas também pelos próprios profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros que, pela gravidade que as RHTA podem representar, devem estar capacitados relativamente à sua adequada abordagem e ter formação em suporte avançado de vida (Gobel, 2005; Vogel, 2014).

É necessária uma avaliação minuciosa e uma capacidade de pensamento crítico para lidar com as RHTA (Shelton & Shivnan, 2012). Os enfermeiros devem ter consciência das estratégias utilizadas para prestar cuidados a doentes oncológicos com RHS, reconhecendo que um tratamento adequado e atempado da reacção podem garantir resultados mais positivos para estes (Viale & Yamamoto, 2012). A ASCO e a ONS preconizam que a padronização dos cuidados na administração de fármacos antineoplásicos pode reduzir o risco de erros, aumentar a eficiência e fornecer um quadro orientador para as melhores práticas (Jacobson et al., 2009).

### 1.3. O Modelo de Desenvolvimento de Competências de Patricia Benner e o Cuidado Centrado na Pessoa

O Modelo de Desenvolvimento de Competências de Benner (2001, p.11) tem como principais objetivos “estudar a aprendizagem experiencial na prática de enfermagem, examinar a aquisição de competências baseada na aprendizagem clínica e o conhecimento articulado que está inerente à prática de enfermagem”. Com base no Modelo *Dreyfus* de Aquisição de Competências de 1980, a autora (2001) realizou uma investigação descritiva em que identificou cinco níveis de competência na prática clínica de enfermagem (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito), com a assunção de que a experiência e o domínio levam à transformação da competência e, naturalmente, à melhoria da atuação.

Benner (2001) defende, assim, uma abordagem interpretativa dos cuidados, em que para compreender o significado específico de qualquer intervenção de enfermagem é necessário conhecer a situação e o contexto em que esta se desenvolve, permitindo a identificação e a descrição dos conhecimentos incluídos na prática. A partir da análise de narrativas de enfermeiras sobre situações reais da sua prática de cuidados, Benner (2001) identificou 31 competências que classificou e agrupou em sete domínios, as quais refletem o conhecimento e a prática clínica. Analisando estes domínios de competências, foi possível estabelecer uma relação com as quatro categorias de atuação do enfermeiro nos cuidados à pessoa com RHTA que emergiram da literatura. As competências evidenciadas em cada domínio deste modelo (Benner, 2001) vão de encontro às intervenções do enfermeiro na abordagem das RHTA e sustentam, do ponto de vista teórico, a sua atuação nesta área específica de cuidados.

Às intervenções de enfermagem relacionadas com a prevenção e o diagnóstico das RHTA é possível relacionar o domínio do cuidado de enfermagem referente à *Função de Diagnóstico e de Vigilância do Doente*, sugerido por Benner (2001). Para a autora (2001, p.121), estas funções constituem “a tarefa principal da enfermeira”, sendo a vigilância prudente e a deteção precoce de problemas uma das principais formas de providenciar segurança ao doente, em que o enfermeiro experiente detém um papel central devido às suas capacidades de perceção e de reconhecimento. As competências deste domínio que podem ser associadas às intervenções de enfermagem na prevenção e no diagnóstico das RHTA são ao nível



da deteção e determinação de mudanças significativas no estado do doente, da identificação de um sinal de alarme precoce (previsão de uma crise ou deterioração do estado do doente, sem que existam sinais objetivos ou mensuráveis), da antecipação de problemas e/ou necessidades do doente e da reflexão sobre os cuidados no futuro (Benner, 2001). Esta função é importante na avaliação inicial do doente, no entanto, pela relevância, complexidade e abrangência das suas competências não se deve esgotar numa fase inicial, mas estender-se ao longo de todo o processo de cuidado de enfermagem (Benner, 2001).

À intervenção de enfermagem relacionada com a gestão das RHTA pode relacionar-se o domínio do cuidado de enfermagem relativo à *Gestão Eficaz de Situações de Evolução Rápida* (Benner, 2001) pois, sendo o enfermeiro que detecta os sinais precoces de deterioração do estado do doente, neste caso específico os sinais/sintomas da RHS, é também ele que toma a cargo as mudanças de situação, coordenando e dirigindo as intervenções dos outros membros da equipa multidisciplinar. Relacionando as competências deste domínio com as intervenções de enfermagem na gestão das RHTA, o enfermeiro deve ter competências de apreensão rápida de um problema em situações de urgência (intervir apropriadamente, avaliando e mobilizando recursos), competências de gestão dos acontecimentos (fazendo corresponder rapidamente as necessidades e os recursos em situação de urgência) e competências de identificação e tomada a cargo da crise de um doente até à chegada do médico (caso seja necessário), sendo capaz de prever e gerir de modo eficaz a situação (Benner, 2001). Outro domínio de competências do modelo de Benner (2001) que pode ser associado à gestão das RHTA é a *Administração e a Vigilância de Protocolos Terapêuticos*, na medida em que, é necessário uma vigilância acrescida e um conhecimento dos efeitos secundários e das incompatibilidades relativos à administração de terapêutica. Este domínio expressa, assim, a necessidade do enfermeiro ser capaz de administrar e vigiar um tratamento minimizando riscos e complicações, sendo responsável pela vigilância de forma apropriada dos efeitos secundários, reações, respostas ao tratamento, toxicidades e incompatibilidades, assegurando, uma vez mais, a segurança do doente (Benner, 2001).

A intervenção do enfermeiro na educação do doente relativamente às RHTA vai de encontro ao domínio da *Função de Educação e de Orientação* (Benner, 2001), em que os enfermeiros devem avisar o doente sobre o que é expectável

relativamente ao tratamento, corrigir as más interpretações e fornecer explicações quando existem alterações físicas. Para tal, o enfermeiro deve ter a capacidade de conhecer o doente e saber qual o momento em que está pronto para aprender, para além de compreender de que forma o doente compreende e interpreta a sua doença, de modo a adequar a informação a ser transmitida (Benner, 2001).

De um modo geral, as quatro áreas de intervenção de enfermagem nos cuidados à pessoa com RHTA podem ser relacionadas ao domínio *Assegurar e Vigiar a Qualidade dos Cuidados* do modelo de Benner (2001), na medida em que os enfermeiros têm a possibilidade de prevenir e detetar erros, por se encontrarem sempre presentes e serem um elo de ligação entre o doente e a equipa multidisciplinar. Nas competências relativas a este domínio, o enfermeiro deve fornecer um sistema de segurança ao doente aquando dos seus tratamentos, avaliar as prescrições de forma crítica e reflexiva e assegurar a obtenção de respostas apropriadas e em tempo útil por parte da equipa multidisciplinar (Benner, 2001). Também o domínio da *Função de Ajuda* abrange a maioria das intervenções do enfermeiro nesta área de intervenção, pois refere que o enfermeiro deve ser capaz de desenvolver uma relação de ajuda com o doente, que vá de encontro às necessidades de ambos, para além de fazer com que este se sinta implicado e participe nos cuidados, ajudando-o a utilizar os seus próprios recursos, ao mesmo tempo que integra novas estratégias (Benner, 2001). Neste domínio, o enfermeiro deve assumir ainda a responsabilidade de criar e manter um ambiente terapêutico, não só com o doente, mas também com os membros dos restantes grupos terapêuticos e disciplinares, de modo a criar uma atmosfera de confiança e de comunicação partilhadas (Benner, 2001). Por fim, pode igualmente ser relacionado o domínio da *Capacidade de Organização e Distribuição de Tarefas* à atuação de enfermagem na área de intervenção à pessoa com RHTA, uma vez que faz referência às capacidades de o enfermeiro coordenar, ordenar e responder às necessidades dos doentes, saber planificar os acontecimentos e estabelecer prioridades, para além de utilizar, coordenar e manter o espírito de equipa, de modo a providenciar cuidados contínuos e seguros (Benner, 2001).

Este projeto pretende, não apenas a capacitação dos enfermeiros para a prestação de melhores cuidados no que diz respeito às RHTA, mas também melhorar o bem-estar do doente e proporcionar-lhe um cuidado individualizado, que vá de encontro às suas necessidades. Benner (2001) defende que a enfermagem



evoluiu no sentido da prática relacional integrada, em que o bom julgamento clínico requer que os enfermeiros tenham uma visão centrada no relacionamento com a pessoa e naquilo que são as suas potencialidades e/ou vulnerabilidades. Este aspeto vai de encontro ao Modelo de Cuidado Centrado na Pessoa (CCP) de McCormack & McCance (2006), que reforça a necessidade de os enfermeiros atuarem para além das competências técnicas e requer que participem em práticas de cuidados humanísticos que abranjam todas as formas de conhecimento e atuem na promoção dos cuidados e tomadas de decisão em parceria com o doente. Assim, o projeto baseou-se igualmente no referencial teórico do Modelo de CCP, já que este permite avaliar e refletir sobre as práticas existentes e determinar necessidades de mudança que garantam um cuidado individualizado à pessoa com RHTA.

Este modelo compreende quatro constructos que se relacionam entre si e devem ser considerados na prestação de CCP, a saber, pré-requisitos, ambiente, processo centrado na pessoa e resultados (McCormack & McCance, 2006, 2010). Independentemente da sua área de intervenção, o enfermeiro deve ter determinados atributos, denominados pré-requisitos, normalmente relacionados com competências profissionais, interpessoais e de autoconhecimento, assim como deve ter em conta o ambiente em que são prestados os cuidados, nomeadamente, condições físicas, existência de sistemas organizacionais de suporte e de sistemas que facilitem a tomada de decisão e as relações multidisciplinares efetivas (McCormack & McCance, 2006). O processo de cuidados centrados na pessoa foca-se no doente e na prestação de cuidados através de uma multiplicidade de atividades que operacionalizam as intervenções de enfermagem centradas na pessoa e inclui ter em consideração as crenças e valores dos doentes, estar envolvido/comprometido nos cuidados, ter uma presença empática, partilhar as tomadas de decisão com o doente, providenciar informação e integrar novas perspetivas às práticas já estabelecidas e providenciar cuidados holísticos<sup>5</sup> (McCormack & McCance, 2006). Os resultados esperados são a componente central do modelo, que decorrem do processo de cuidados centrados na pessoa e incluem a satisfação do doente, o envolvimento nos cuidados, sensação de bem-estar e a criação de um ambiente terapêutico que enfatize a tomada de decisão informada e partilhada, a colaboração

---

<sup>5</sup> A componente relacionada com providenciar cuidados de acordo com as necessidades físicas existente no modelo original foi substituída por providenciar cuidados holísticos, uma vez que ao aplicar o seu modelo na prática os autores reconheceram uma multiplicidade de intervenções de enfermagem, direcionadas para além da dimensão física (McCormack & McCance, 2010).

multidisciplinar, a liderança transformacional e a inovação das práticas (McCormack & McCance, 2006).

De um modo geral, a prestação de CCP pode aumentar a satisfação do doente, reduzir os níveis de ansiedade entre os enfermeiros a longo prazo e promover o trabalho de equipa entre os profissionais (McCormack & McCance, 2006), pelo que se considera ser uma mais-valia para a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa com RHTA.

## 2. PROJETO DE INTERVENÇÃO

A teoria é essencial não apenas para a disciplina da enfermagem, mas também para a prática enquanto profissão. A utilização do conhecimento teórico permitiu transportar a disciplina de enfermagem para um nível mais elevado, em que o foco de atenção deixou de ser o conhecimento sobre o modo como funcionam os enfermeiros (centrado no processo de enfermagem), passando a ser aquilo que os enfermeiros sabem e de que modo utilizam o seu conhecimento na prática, para orientar o pensamento e a tomada de decisão, tendo como principal preocupação o bem-estar do doente (Alligood & Tomey, 2004). Segundo Benner (2001, p.32), o desenvolvimento do conhecimento consiste em fortalecer o conhecimento prático (“saber fazer”), através de estudos científicos e investigações apoiados pela teoria e pelo registo do “saber fazer” previamente existente e desenvolvido ao longo da prática e experiência clínica, defendendo deste modo a importância do relacionamento entre a teoria e a prática na prestação de cuidados de enfermagem.

A elaboração do projeto de intervenção surgiu neste sentido, com o intuito de dar resposta a uma problemática identificada no contexto profissional, que surgiu após a análise crítica das práticas de cuidados em confronto com a melhor evidência científica. A metodologia adotada foi a de Projeto que, segundo Ruivo, Ferrito & Nunes (2010, p.2), se baseia numa “investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” que, ao utilizar instrumentos de pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto, promove uma prática fundamentada e baseada na evidência, para além de possibilitar a aquisição de capacidades e competências a vários níveis. Fez sentido a utilização desta metodologia nesta fase de desenvolvimento profissional, uma vez que vai de encontro à mudança de paradigma sugerida pelo Processo de Bolonha, cujos pressupostos sugerem a transferência do modelo de ensino passivo, baseado apenas na aquisição de conhecimentos, para um modelo de ensino ativo, baseado no desenvolvimento de competências, quer sejam de natureza genérica (instrumentais, interpessoais, sistémicas), quer sejam de natureza específica relacionada diretamente com a área de formação, onde a componente experimental e de projeto assumem um papel

preponderante (Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março)<sup>6</sup>. O trabalho de projeto permitiu ainda realçar o desenvolvimento de competências clínicas especializadas no contexto de trabalho, que envolve sobretudo “(...) as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática de enfermagem” (OE, 2010a, p.2).

O trabalho de projeto não se baseia apenas numa investigação sustentada num determinado problema, mas pretende sobretudo uma tentativa de intervenção no sentido de resolução eficaz desse mesmo problema, razão pela qual esta metodologia constitui uma ponte entre a teoria e a prática, aproximando-se do método de investigação-ação (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Este foi um projeto aplicado à realidade do contexto de trabalho, cujo desenvolvimento serviu como guia orientador dos objetivos e atividades conducentes à mudança e melhoria das práticas de cuidados.

## **2.1. Diagnóstico de situação**

O diagnóstico de situação pretende identificar a situação-problema e descrever a situação sobre a qual se pretende intervir e alterar (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Neste sentido, foi realizada uma reflexão sobre a observação e participação nas práticas de cuidados no próprio contexto profissional, com o intuito de identificar problemas que carecessem da intervenção de um enfermeiro especialista para a sua melhoria. Os problemas identificados foram validados com a enfermeira responsável e restante equipa de enfermagem, no sentido de perceber quais as suas necessidades e o que teria mais impacto em termos de resultados positivos para o serviço, uma vez que, conforme refere Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), o trabalho de projeto pretende a análise e resolução de problemas em equipa. Deste modo, foi identificada uma prática não satisfatória no que respeita à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com RHTA. De forma a sustentar do ponto de vista teórico o problema identificado, foi mapeada a evidência científica

---

<sup>6</sup> Posteriormente o Decreto-Lei nº 115/2013 de 07 de Agosto vem acrescentar que o objetivo não é desvalorizar o conhecimento ou opô-lo à noção de competência, mas sim que ambos possam coexistir no processo de aprendizagem e desenvolvimento profissional.

sobre o tema, com o intuito nortear a implementação de estratégias e intervenções eficazes para a melhoria da qualidade dos cuidados nesta área de intervenção.

O projeto é um plano de trabalho que pretende resolver e/ou estudar um problema que preocupa os intervenientes que nele irão participar logo, para que se criem respostas de qualidade, é importante mobilizar os recursos humanos, já que estes constituem um elemento fundamental para a mudança numa instituição (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Por esta razão, e por se tratar de uma temática pouco explorada e algo desvalorizada pelos profissionais de saúde, sobretudo na área da oncologia, foi realizada previamente uma sondagem de opinião junto da equipa de enfermagem daquele contexto para averiguar a pertinência do tema do projeto de intervenção (Apêndice I). De uma maneira geral, os resultados da sondagem de opinião demonstraram que a dificuldade na prestação de cuidados à pessoa com RHTA e a necessidade de trabalhar e aprofundar conhecimentos sobre este tema era unânime e transversal a todos os elementos da equipa de enfermagem, vindo a maioria das respostas apoiar as necessidades anteriormente identificadas (Apêndice II).

O contexto profissional submetido a este diagnóstico de situação e onde foi levada a cabo a implementação do projeto é um HDO de uma Unidade Hospitalar de referência na região do sul do país, pertencente ao Grupo II<sup>7</sup> (Portaria n.º 82/2014 de 10 de Abril), com uma área de influência de 16 concelhos e que abrange uma população de cerca de 450.000 habitantes, um número que pode triplicar nas épocas de maior afluência de turismo [dados retirados do site oficial desta instituição, 2018]. Por questões de confidencialidade, a instituição será de agora em diante mencionada como Unidade Hospitalar D. Este HDO é considerado um serviço de oncologia de nível III<sup>8</sup> de acordo com o relatório da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Oncologia Médica (Miranda et al., 2015). Neste nível de cuidados, os serviços de oncologia devem garantir a

---

<sup>7</sup> Classificação segundo os critérios de categorização dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, bem como o seu posicionamento na rede hospitalar (Portaria n.º 82/2014 de 10 de Abril).

<sup>8</sup> Serviços de Oncologia - “O terceiro nível, unidades de oncologia, corresponde à tipologia mais básica, com um serviço de Oncologia Médica, com o mínimo de três especialistas, e que deve assegurar consultas multidisciplinares locais para a patologia mais frequente (pelo menos mama, cólon e próstata). Nos casos em que não se justifique a formalização de uma consulta multidisciplinar, pela raridade local da patologia ou pela inexistência de meios técnicos ou humanos críticos para a decisão, devem estes serviços estabelecer formas de afiliação. Estas unidades devem ter capacidade de internamento a cargo, ou seja, internamento em serviço próprio ou em outro serviço, mas com a tomada a cargo dos doentes pela Oncologia Médica, e ter circuitos de atendimento não programado e de urgência estabelecidos” (Miranda et al., 2015, p.20-21).

existência de um oncologista em permanência para determinar o tratamento, avaliar o doente e discutir com a equipa multidisciplinar questões relacionadas com a prestação de cuidados; a equipa de enfermagem deve estar preparada para colaborar nesta prestação de cuidados, intervir na educação do doente sobre os efeitos do tratamento e ter treino adequado na administração parentérica de terapêutica citotóxica e monitorização de efeitos adversos e reações; deve ainda ter assegurado a existência de equipamento de segurança adequado, nomeadamente, oxigénio, equipamento de ressuscitação de emergência, equipamento para administração de terapêutica endovenosa, entre outros (Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, 2009).

Neste HDO, a administração de quimioterapia e imunoterapia pelas vias oral, endovenosa, intravesical e subcutânea é efetuada exclusivamente por enfermeiros, segundo a prescrição prévia do oncologista. Apesar de não ser possível contabilizar o número de RHS que ocorreram no serviço, uma vez que não são devidamente notificadas na sua totalidade, é perceptível que estas surgem cada vez com maior frequência. No passado, o fármaco que provocava uma RHS era descontinuado de imediato e, se possível, o doente iniciava uma linha de tratamento subsequente. Desde há cerca de um ano e meio, o serviço conta com a colaboração da equipa clínica de Imunoalergologia da mesma instituição, que avalia, diagnostica e acompanha estes doentes, caso seja possível manter a terapêutica. A equipa de enfermagem colabora com a equipa clínica de imunoalergologia em todos os procedimentos necessários relativos ao doente que teve RHTA (testes cutâneos, provas de provocação e protocolos de dessensibilização). Após reflexão sobre a realidade do serviço, e tendo em conta os cuidados de enfermagem destacados anteriormente no enquadramento conceptual após consulta da evidência científica sobre esta temática, foram detetados variados problemas no serviço, relacionados sobretudo com a inexistência de normalização de procedimentos na abordagem das RHTA, a carência de formação por parte da equipa de enfermagem e a subnotificação das RHTA como eventos adversos.

Avaliando as necessidades do serviço relativamente a esta temática e sendo a evidência científica bastante clara no que respeita ao papel do enfermeiro perante as RHTA, foi desenvolvida a questão de investigação “Quais os cuidados de enfermagem à pessoa com reação de hipersensibilidade à terapêutica

antineoplásica em contexto de hospital de dia?”, que serviu de ponto de partida para a elaboração do projeto e norteou todo o seu desenvolvimento.

No sentido de avaliar as condições relativas à implementação do projeto no serviço foi também utilizada como ferramenta de diagnóstico uma análise SWOT (Apêndice III).

## **2.2. Objetivos gerais**

Tendo em conta o estado de arte relativamente aos cuidados de enfermagem expectáveis na atuação perante as RHTA, consideram-se vários aspetos a melhorar no serviço neste âmbito, o que justifica a pertinência do tema e a necessidade de intervenção.

Foi pretendido que a elaboração do projeto fosse um importante contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com RHTA em contexto de HDO, garantindo o seu bem-estar e a sua segurança e promovendo o desenvolvimento do nível de conhecimento de toda a equipa, de modo a proporcionar cuidados de excelência e obter resultados positivos para o doente, para os profissionais de saúde e para a instituição onde se deu a sua implementação. Pretendeu-se ainda que o projeto constituísse um meio para atingir o desenvolvimento profissional, nomeadamente com a aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem e competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de intervenção em Enfermagem Oncológica.

Neste sentido, foram definidos dois objetivos gerais para o desenvolvimento do projeto de intervenção:

1. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com RHTA em contexto de hospital de dia;
2. Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com RHTA em contexto de hospital de dia.

### 2.3. Planeamento

No desenvolvimento do trabalho de projeto podem ser utilizadas diversas técnicas que permitem a recolha, obtenção e análise da informação necessária à resolução do problema (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Deste modo, a operacionalização do projeto assentou em três componentes distintas, nomeadamente, a componente experiencial, a componente de investigação e a componente reflexiva.

Benner (2001, p.12) defende que “(...) a prática é, em si mesma, um modo de se obter conhecimento”. No sentido de obter esta componente experiencial e por forma a dar resposta aos objetivos definidos e ao desenvolvimento das competências pretendidas, foi planeada a realização de quatro estágios profissionais em diversas instituições hospitalares do país, com serviços direcionados para a abordagem da problemática em estudo e com profissionais de saúde peritos nesta área de intervenção, com o intuito de ser um importante contributo para conhecer realidades distintas da prática, partilhar experiências e aprofundar conhecimentos.

O Estágio I foi realizado no HDO de um Centro Hospitalar de referência na região do Norte do país, classificado no Grupo II (Portaria n.º 82/2014 de 10 de Abril), designado neste relatório por HDO da Unidade Hospitalar A. Este estágio teve uma duração total de 112 horas e a sua escolha incidiu sobre o facto de se tratar de um serviço cujo funcionamento refletia uma boa articulação entre os serviços de Oncologia e Imunoalergologia, estando a equipa multidisciplinar, sobretudo a equipa de enfermagem, capacitada para a articulação entre estas duas áreas de intervenção e munida de profissionais peritos na prestação de cuidados à pessoa com RHTA, indo de encontro aos objetivos deste projeto. O Estágio II foi realizado num Hospital de Dia de Imunoalergologia (HDI) de um Centro Hospitalar de referência da região de Lisboa, classificado no Grupo III (Portaria n.º 82/2014 de 10 de Abril), designado neste relatório por HDI da Unidade Hospitalar B. Sendo este um serviço pioneiro no país a desenvolver a sua prática na área da dessensibilização oncológica, a sua escolha esteve relacionada diretamente com esta especificidade de cuidados e com a necessidade de desenvolver competências nesta área tão particular, mas cada vez mais recorrente e necessária no tratamento do doente oncológico. Este estágio teve uma duração de 56 horas. O Estágio III foi realizado no HDO de uma Unidade Hospitalar privada da região de Lisboa, designada neste



relatório por HDO da Unidade Hospitalar C. Este estágio teve uma duração total de 96 horas e a sua escolha deveu-se ao facto de ser um dos locais de referência na investigação e tratamento do cancro no país, considerando-se uma mais-valia em termos de desenvolvimento profissional, a possibilidade de conhecer esta realidade e a sua prática de cuidados, não apenas relacionada com o tema do projeto, mas sobretudo nos cuidados ao doente oncológico no geral. O Estágio IV foi realizado no HDO da Unidade Hospitalar D, já anteriormente apresentada, sendo o local onde foi definida a problemática e posteriormente se deu a implementação do projeto e a avaliação dos resultados obtidos.

O desenvolvimento e implementação do projeto teve a duração de 18 semanas, compreendidas no período entre 25 de Setembro de 2017 e 09 de Fevereiro de 2018, acrescido de três semanas para a elaboração e apresentação do relatório final. O cronograma referente à realização dos estágios encontra-se representado no Apêndice IV.

Em todos os locais de estágio foram efetuados previamente contactos informais com os respetivos enfermeiros responsáveis de cada serviço, no sentido de informar sobre os objetivos delineados para o projeto, bem como averiguar a pertinência e adequação dos contextos para o desenvolvimento do mesmo. O início de cada estágio foi cuidadosamente preparado, tendo sido realizados contratos de aprendizagem individualizados com especificação dos objetivos definidos para cada estágios, bem como as competências que se pretendiam desenvolver. Em cada contexto foi possível contar com a parceria de enfermeiros de referência, peritos nesta área de intervenção, que acompanharam, orientaram e supervisionaram o processo de aprendizagem.

Benner (2001) evidencia a importância de conseguir relacionar o saber da prática e o saber científico na promoção do desenvolvimento de uma disciplina. Tendo em conta as competências que se pretendem desenvolver, foi privilegiada a componente de investigação da melhor evidência científica disponível de forma a sustentar e fundamentar o desenvolvimento e implementação deste projeto, alcançada através da realização da revisão *scoping* da literatura.

Relativamente à componente de reflexão crítica sobre as práticas, fundamental para o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem, esta acompanhou todo o processo de desenvolvimento e implementação do projeto, bem como a análise dos seus resultados. De acordo

com a OE (2012, p.7), “a qualidade exige reflexão sobre a prática”, de modo a poder definir objetivos e delinear estratégias para os atingir, sendo por isso necessário tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados. O trabalho de projeto é, assim, uma metodologia reflexiva, baseada e sustentada pela investigação, que visa a resolução de problemas a partir de ações práticas (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Neste sentido, após análise e reflexão sobre a problemática em causa, foram definidos objetivos para cada local de estágio, tendo em conta as competências que se pretendiam desenvolver e contributos fornecidos pela evidência. Para cada objetivo foram descritas as diversas atividades que se pretenderam implementar e identificados os recursos necessários para as fazer cumprir, bem como delineados os respetivos indicadores de avaliação, que permitiram posteriormente verificar se os resultados foram alcançados com sucesso (Apêndice V). Com o intuito de organizar e planificar o trabalho desenvolvido foi igualmente elaborado um cronograma de atividades (Apêndice VI).

A análise crítica e objetiva do percurso realizado, bem como a avaliação da implementação e dos resultados do projeto serão apresentadas nos capítulos seguintes.

### 3. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS

Neste capítulo pretende-se espelhar a etapa de metodologia de projeto correspondente à execução que, segundo Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), materializa as ações anteriormente planeadas. Pretende-se, neste caso, demonstrar o percurso desenvolvido desde o planeamento do projeto de intervenção até à sua implementação. Deste modo, será efetuada a descrição da execução do projeto, onde serão apresentadas e analisadas de forma detalhada as tarefas/atividades realizadas para o cumprimento dos objetivos específicos definidos, bem como os respetivos resultados obtidos, tendo em conta os indicadores de avaliação inicialmente previstos. Esta análise terá por base o plano de atividades definido aquando do planeamento do projeto (Apêndice V).

As atividades desenvolvidas e os resultados alcançados serão analisados de forma crítica e refletida, à luz da evidência científica investigada e do referencial teórico que ancorou o projeto. Os resultados esperados nesta fase de execução de um projeto centram-se, sobretudo, ao nível da aprendizagem, da resolução de problemas e do desenvolvimento de competências (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010), o que vai de encontro às motivações pessoais e profissionais para a sua elaboração.

O projeto é um processo dinâmico que não se esgota nos objetivos inicialmente traçados, nem no tempo previamente determinado para a sua execução. Por este motivo, durante o seu desenvolvimento e implementação do projeto foi necessário realizar alguns ajustes, justificados pelas especificidades e/ou limitações de cada contexto no momento da realização dos estágios, bem como as oportunidades de aprendizagem que foram surgindo ao longo do percurso, no sentido de se obterem melhores resultados.

De acordo com o diagnóstico de situação efetuado e as finalidades do projeto, foram inicialmente definidos dois objetivos gerais, sendo o primeiro direcionado para os estágios realizados nas unidades hospitalares externas e o segundo direcionado para o estágio realizado no contexto de trabalho onde foi identificada a problemática. Por uma questão de organização, optou-se por apresentar esta análise tendo em conta os objetivos específicos delineados no planeamento do projeto, relacionando de forma simultânea as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos para cada local de estágio, conforme se apresenta em seguida.

### **3.1. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica em contexto de hospital de dia**

“A prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o caráter, o conhecimento, e a competência para contribuir para o desenvolvimento da sua própria prática” (Benner, 2001, p.14). Este objetivo geral foi delineado neste sentido, com o propósito de integrar conhecimentos, quer os adquiridos ao longo do curso académico, quer os pesquisados e os retirados das experiências nos diversos contextos de estágio. Pretendeu-se, deste modo, recolher o máximo de contributos para garantir os melhores resultados em saúde relativos ao cuidado à pessoa com RHTA, ao usufruir do contacto com profissionais peritos nesta área de intervenção, mas também com os doentes oncológicos e seus familiares. Este objetivo geral, bem como os objetivos específicos analisados neste subcapítulo foram definidos para os Estágios I, II e III.

#### **3.1.1. Integrar de modo progressivo a equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional e organizacional**

A integração na equipa de cuidados onde se realizaram os estágios foi fundamental para facilitar e garantir o processo de aprendizagem. Neste sentido, considerou-se pertinente apresentar às equipas de enfermagem o âmbito do projeto e os objetivos para cada local de estágio, para além de ser imprescindível conhecer a dinâmica funcional e organizacional dos serviços, como meio facilitador do processo de integração nos vários contextos.

Nos Estágios I e III, não foi possível a realização de uma sessão de apresentação formal do projeto conforme planeado inicialmente, motivado pela dinâmica e organização dos serviços naquele período. Esta atividade foi realizada de forma informal, em pequenas reuniões com as equipas, onde foi possível dar a conhecer a área de intervenção do projeto, bem como os objetivos definidos para o estágio, sensibilizando deste modo os profissionais para colaborarem neste processo de aprendizagem. Verificou-se que as equipas de enfermagem de ambos

os serviços se identificaram com a problemática em estudo e confirmaram a sua utilidade prática, mostrando-se de uma maneira geral receptivas e colaborantes.

No Estágio II foi possível a realização de uma sessão de apresentação do projeto. Pelo facto de este contexto de estágio ser um HDI e não ser um serviço específico da área de oncologia, a sessão serviu não apenas para apresentação do tema do projeto, mas sobretudo para sensibilizar a equipa para a especificidade dos cuidados inerentes ao doente oncológico (Apêndice VII). A sessão teve uma participação de 60% da equipa e, apesar de o indicador de avaliação ser de 80%, considera-se este valor bastante razoável, já que se tratava de um tema específico da área de oncologia o que, à partida, poderia despertar menos interesse naquela equipa. Conforme planeado, foi aplicado um instrumento de avaliação da sessão após a sua apresentação (Apêndice VIII). De um modo geral, os resultados de avaliação da sessão foram bastante positivos, com a maioria dos elementos da equipa de enfermagem a considerarem a pertinência do tema e os conteúdos apresentados totalmente ou bastante adequados, para além de ter permitido, de forma bastante significativa, lembrar e/ou consolidar conhecimentos e refletir sobre a prática de cuidados, revelando-se um contributo para melhorar a sua prestação de cuidados (Apêndice IX). Os resultados positivos numa equipa cuja área de interesse não está tão direcionada para o doente oncológico poderão ser indicadores de que esta sente necessidade de melhorar a sua prática no cuidado ao doente oncológico a quem presta cuidados específicos naquele serviço, para além de ser um indicador positivo quanto à pertinência do projeto e à realização do estágio naquele serviço.

No sentido de facilitar a integração nos locais de estágio foram efetuadas visitas guiadas de forma a conhecer os espaços e as condições físicas de cada serviço, para além de serem consultadas normas de procedimento, sobretudo as relacionadas com os cuidados à pessoa com RHTA. Não obstante, ao longo dos estágios foram sendo colocadas diversas questões às equipas médicas e de enfermagem relativamente aos procedimentos mais específicos e ao modo de funcionamento dos serviços. Conhecer de forma aprofundada cada serviço permite compreender e refletir sobre os cuidados que ali são prestados. A descrição dos serviços já foi efetuada no capítulo anterior e a sua caracterização relativamente à dinâmica funcional e organizacional na abordagem das RHTA irá sendo apresentada ao longo desta análise, sobretudo nas reflexões sobre as práticas apresentadas adiante.

### 3.1.2. Analisar a prática da equipa multidisciplinar à pessoa em regime de tratamento antineoplásico em contexto de hospital de dia, sobretudo nos cuidados relacionados com as reações de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica

Benner (2001, p.12) considera que “as práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados”. Neste sentido, pretendeu-se com a definição deste objetivo, um olhar aprofundado sobre a prática em diferentes contextos, de forma a obter um conhecimento mais abrangente sobre os cuidados no doente oncológico em geral e na abordagem das RHTA em particular.

Segundo Rycroft-Malone, Seers, Titchen, Harvey, Kitson & McCormack (2004), a aquisição do conhecimento não se esgota na literatura e na investigação, considerando que o conhecimento utilizado na prática clínica pode ser gerado a partir de quatro tipos diferentes de evidência disponível, que se denominam de acordo com a sua fonte, podendo neste caso ser adquirido através da pesquisa/investigação, da experiência clínica/conhecimento profissional, das experiências/preferências dos doentes e seus cuidadores e do contexto/ambiente dos cuidados. Os mesmos autores (2004) referem que a evidência demonstra que os enfermeiros, bem como os restantes profissionais de saúde, utilizam esta diversidade de fontes de informação para informar e sustentar as suas tomadas de decisão. Neste caso, a análise da prática de cuidados das equipas multidisciplinares dos vários contextos de estágio, definida neste objetivo, foi possível através da consulta de documentação orientadora de boas práticas relacionadas com as RHTA existente em todos os serviços, sobretudo na forma de protocolos de atuação, normas de procedimento e material de apoio diverso; pela observação dos peritos existentes nas equipas, sobretudo clínicos de oncologia e de imunoalergologia e enfermeiros destas duas áreas, com experiência na abordagem de RHTA, no cuidado ao doente oncológico e na realização dos diversos procedimentos relacionados com as RHTA; pela partilha de experiências com os colegas a partir da convivência e de conversas informais, bem como na observação das suas intervenções; finalmente, através da colaboração na prestação de cuidados à pessoa em regime de tratamento antineoplásico e suas famílias, mobilizando os conhecimentos teóricos

pré-existentes, com os adquiridos nos contextos da prática e os obtidos através da evidência científica.

É reconhecido que os profissionais de saúde devem igualmente assegurar que as pessoas recebem cuidados baseados na melhor evidência científica possível (Rycroft-Malone et al., 2004). A prática baseada na evidência melhora a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde, melhora os resultados em saúde, para além de diminuir a variação geográfica nos cuidados e reduzir os custos (Melnyk, 2017). De forma a garantir que a análise e reflexão crítica sobre as práticas relacionadas com os cuidados à pessoa com RHTA iam de encontro à melhor evidência científica disponível sobre o tema, foi realizada uma revisão *scoping* da literatura (Apêndice X). A revisão *scoping* é um método rigoroso e transparente que permite mapear a evidência científica existente numa determinada área de interesse em termos do seu volume, natureza e características da investigação primária, que normalmente está a emergir e ainda não foi desenvolvida (Arksey & O'Malley, 2005), pelo que se relevou adequada a sua utilização neste âmbito. Este tipo de análise permite identificar lacunas na evidência, para além de apresentar os seus resultados de forma simples, sumária, acessível e eficaz (Arksey & O'Malley, 2005).

De acordo com os resultados obtidos após elaboração da revisão *scoping*, constatou-se que emergiram da evidência quatro principais áreas de intervenção do enfermeiro nos cuidados à pessoa com RHTA, sendo possível categorizar a sua atuação relativamente ao diagnóstico, gestão e prevenção das RHTA e, ainda, na educação do doente com RHTA. Estes resultados nortearam toda a conceção, desenvolvimento e implementação do projeto, nomeadamente os objetivos delineados, as atividades desenvolvidas, bem como a análise crítica sobre as práticas observadas e as aprendizagens realizadas.

Por forma a garantir uma observação mais fidedigna e proveitosa nos contextos de estágios, foi criado um instrumento para registo de observação dos peritos das equipas multidisciplinares no cuidado à pessoa com RHTA (Apêndice XI). O instrumento foi criado de acordo com o sugerido pela evidência científica relativamente às melhores práticas perante as RHTA. A sua aplicação foi possível nos três locais de estágio, sempre que se considerou pertinente a sua utilização de acordo com as práticas observadas, tendo sido ultrapassado o número mínimo de observações inicialmente estipulado para cada contexto (mais de um registo de observação efetuado por semana).



No sentido de dar utilidade prática e retirar contributos das observações efetuadas, foi realizada uma reflexão crítica sobre as práticas vivenciadas em cada local de estágio, onde foram integrados os resultados obtidos através da observação dos peritos, da consulta do material normativo e orientador de boas práticas do serviço, da participação na prestação de cuidados e da partilha de experiências com os profissionais, para além de mobilizados os resultados da evidência científica adquiridos com a realização da revisão *scoping* (Apêndice XII). Nesta reflexão optou-se por analisar as práticas de cada contexto de estágio individualmente. Para cada local foi realizada uma descrição da organização e da dinâmica das práticas do serviço relativas ao cuidado à pessoa com RHTA, seguida da análise dos resultados da utilização do instrumento de observação dos cuidados e, posteriormente, uma análise crítica e reflexiva relativa aos procedimentos observados em articulação com a evidência científica nesta área de intervenção.

A realização deste documento de reflexão vai de encontro à opinião de Benner (2001), ao considerar que refletir sobre o conhecimento clínico que é evidenciado através das narrativas da aprendizagem experiencial, permite dar visibilidade a esta aprendizagem. Estas narrativas geram um conhecimento fundamental no processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde e revelam ser um alicerce da prática clínica (Rycroft-Malone et al., 2004). Pretendeu-se com esta atividade refletir sobre a prática e sobre os cuidados prestados ao doente oncológico com RHTA, adotando uma perspetiva crítica, de aprendizagem e de encadeamento entre a teoria e a prática, que pudesse trazer contributos favorecedores da mudança e da melhoria dos cuidados.

Durante a observação das práticas nos diversos contextos de estágio, foi possível verificar a existência de alguns aspetos que poderiam ser melhorados, tendo em consideração a evidência científica estudada relativamente aos cuidados associados às RHTA. Aproveitando a temática em estudo e a utilidade prática destes estágios, considerou-se pertinente desenvolver algumas atividades nos serviços que, apesar de não terem sido inicialmente planeadas no projeto, vieram deixar um contributo para a melhoria dos cuidados naqueles contextos. Durante a realização dos Estágios I e II verificou-se que os serviços não disponham de qualquer suporte informativo escrito direcionado ao doente com RHTA que suportasse o ensino que era realizado ao doente, ao contrário do preconizado na evidência, que faz referência à importância de toda a informação transmitida ao



doente e família ser providenciada, não apenas de forma verbal, mas também através de um suporte escrito (Vogel, 2014). Benner (2001, p.103), no domínio de competências do enfermeiro relacionado com a *Função de Educação e de Orientação*, refere que “sempre que possível, as enfermeiras avisam os doentes sobre o que devem esperar, corrigem as más interpretações e fornecem explicações quando se produzem mudanças físicas”. Neste sentido, foram elaborados em ambos os serviços um panfleto informativo para ser entregue ao doente que teve uma RHTA, com informações relativas às RHS no geral e sobre os procedimentos que poderiam vir a ser submetidos, quando encaminhados para a consulta de imunoalergologia. Uma vez que os panfletos elaborados são semelhantes em termos de conteúdo, optou-se por apresentar neste relatório apenas o panfleto que foi realizado no Estágio II (Apêndice XIII). Em ambos os estágios os documentos foram elaborados com o devido conhecimento e consentimento da enfermeira responsável do serviço, enfermeira de referência e alguns elementos da equipa médica de oncologia e imunoalergologia, os quais deram contributos para a sua melhoria em termos de conteúdos. Aquando do término dos estágios, ambos os panfletos encontravam-se a ser revistos pelos departamentos próprios para considerarem a sua implementação.

### 3.1.3. Descrever a articulação existente entre o Hospital de Dia de Oncologia e o Hospital de Dia de Imunoalergologia no que respeita às reações de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica

No âmbito da enfermagem avançada e do desenvolvimento da profissão e da disciplina, Paiva e Silva (2007) considera que atualmente os problemas de saúde caracterizam-se por uma elevada complexidade, pelo que a sua análise deve ser num ambiente multidisciplinar, de modo a garantir e enriquecer a qualidade das soluções e, assim, melhorar a qualidade dos cuidados. Segundo Benner (2001) para se providenciarem cuidados contínuos e seguros são exigidos coordenação e trabalho de equipa constantes. Na abordagem das RHTA esta multidisciplinariedade é fundamental para garantir resultados positivos para o doente e para qualidade dos cuidados. Deste modo, nos contextos de estágio, para além da observação das práticas e dos procedimentos específicos no cuidado à pessoa com RHTA, considerou-se igualmente pertinente analisar e compreender a articulação existente

entre os HDO e os HDI no que respeita à abordagem das RHS e à continuidade de cuidados necessária na abordagem do doente oncológico com RHTA. Assim, as observações efetuadas foram também neste sentido, sendo o instrumento de observação acima referido, igualmente aplicado na observação de peritos da equipa multidisciplinar nos procedimentos que evidenciavam esta necessidade de articulação, nomeadamente na referenciação do doente à especialidade de imunoalergologia e na realização de protocolos de dessensibilização oncológica, provas de provocação e/ou testes cutâneos. Esta articulação apenas foi observada nos Estágios I e II, uma vez que as Unidades Hospitalares A e B tinham ambas as especialidades, oncologia e imunoalergologia. A descrição e análise reflexiva sobre a articulação entre os serviços no cuidado à pessoa com RHTA foram efetuadas no documento de reflexão sobre as práticas referido anteriormente (Apêndice XII).

De acordo com o analisado naquela reflexão crítica, verificou-se que no Estágio I a articulação entre a equipa multidisciplinar de ambas as especialidades foi bastante evidente, com resultados positivos para o doente, uma vez que a continuidade dos cuidados era visivelmente garantida. No Estágio II esta articulação, apesar de existente, não correspondia às expectativas dos enfermeiros, uma vez que não se encontrava sistematizada, para além de existirem lacunas em ambos os serviços ao nível da transmissão de informação relativa aos cuidados de enfermagem prestados ao doente, pondo em causa a continuidade dos cuidados. Por essa razão, e aproveitando a realização deste estágio, foi proposta a realização de uma norma de articulação de cuidados entre os HDI e HDO da Unidade Hospitalar B (Apêndice XIV). O documento elaborado foi negociado com a enfermeira responsável, a enfermeira de referência e a equipa clínica de imunoalergologia e teve como principal objetivo formalizar e uniformizar os procedimentos relativos à referenciação do doente oncológico para o HDI. Ambos os documentos elaborados no Estágio II (panfleto informativo e norma de articulação) foram apresentados na sessão de apresentação do projeto à equipa de enfermagem e, posteriormente, disponibilizados em papel, no sentido de obter opiniões e contributos relativamente aos mesmos. Todos os elementos da equipa consideraram os documentos pertinentes e com utilidade prática no seu contexto de trabalho. Aquando do término dos estágios, a proposta de norma de articulação encontrava-se em revisão pelas enfermeiras responsáveis dos serviços de HDI e HDO daquela unidade hospitalar, para posteriormente procederem à formalização da mesma.

### **3.2. Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica em contexto de hospital de dia**

Este segundo objetivo geral foi delineado para ser desenvolvido sobretudo no Estágio IV, local onde foi definida a problemática em estudo e onde se deu a implementação do projeto. Tendo em conta a revisão da literatura efetuada e os conhecimentos adquiridos previamente nos contextos de estágio anteriores, foram definidos objetivos específicos e respetivas atividades, no sentido de otimizar os cuidados prestados à pessoa com RHTA na Unidade Hospitalar D.

#### **3.2.1. Divulgar à equipa de enfermagem a implementação do projeto**

Sendo este um projeto de intervenção aplicado a uma Unidade Hospitalar, foi realizada na primeira semana do Estágio IV uma reunião com a enfermeira supervisora e a enfermeira responsável do serviço, no sentido de validar o projeto e garantir o parecer positivo para a sua implementação.

Considerou-se igualmente necessário realizar uma sessão de apresentação do projeto, não apenas à equipa de enfermagem, mas também à restante equipa multidisciplinar, com o intuito de dar a conhecer o tema do projeto, sensibilizar a equipa para esta área de intervenção, incentivar a sua colaboração na implementação do projeto e levar à reflexão sobre a necessidade de melhoria dos cuidados prestados no serviço (Apêndice XV). Esta sessão foi apresentada na segunda semana do Estágio IV, tendo sido obtida uma participação de 70% da equipa de enfermagem e de um clínico da equipa de imunoalergologia (ligeiramente abaixo do indicador de avaliação situado nos 80%). O único clínico de oncologia que opera neste serviço não pôde estar presente na sessão, pelo que a apresentação do projeto lhe foi realizada informal e individualmente no início do estágio. Conforme planeado, foi aplicado um instrumento de avaliação da sessão e do grau de satisfação dos participantes (Apêndice XVI). Neste questionário participaram apenas os enfermeiros que, de um modo geral, consideraram a pertinência do tema e os conteúdos apresentados totalmente ou bastante adequados, sendo a avaliação da problemática também bastante positiva, com a maioria dos participantes a considerarem o tema totalmente adequado à sua prática de cuidados, os objetivos e

atividade do projeto totalmente direcionados para as suas necessidades e que a implementação do projeto teria um impacto positivo na melhoria da qualidade dos cuidados (Apêndice XVII). Uma vez que a metodologia de projeto implica sempre a existência de trabalho de grupo, é fundamental que na sua fase de execução seja tido em conta a motivação dos participantes, sendo que estes devem ser envolvidos e promovido o seu papel ativo no processo (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Estes resultados não só foram de encontro à sondagem de opinião realizada inicialmente na fase de planeamento do projeto, como justificaram mais uma vez a pertinência do tema, para além de fazerem prever a adesão da equipa de enfermagem na implementação do projeto e demonstrarem que esta poderia vir a ser um importante contributo na mudança das práticas.

### 3.2.2. Capacitar a equipa de enfermagem para os cuidados à pessoa com reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica

De modo a capacitar a equipa de enfermagem do HDO da Unidade Hospitalar D foi realizada uma sessão de formação sobre as RHS em oncologia de acordo com a melhor evidência científica disponível, onde se pretendeu definir alguns conceitos teóricos relacionados com as RHS, demonstrar a importância do diagnóstico diferencial das reações, caracterizar os tipos de reação e identificar as principais intervenções de enfermagem no cuidado à pessoa com RHTA (Apêndices XVIII). Esta sessão de formação foi apresentada na segunda semana de estágio e contou com uma participação de apenas 50% dos elementos da equipa, um número bastante abaixo do indicador de avaliação de 80% inicialmente definido (Apêndice XIX). Esta baixa participação esteve relacionada com um elevado e imprevisto absentismo verificado naquela data, motivado por férias e/ou doença. Dados estes resultados e sendo a capacitação da equipa um dos factores mais importantes para garantir o sucesso da implementação deste projeto, considerou-se pertinente e necessário repetir a formação noutro momento, de forma a garantir uma maior participação da equipa de enfermagem. A mesma sessão de formação foi repetida na penúltima semana do estágio e contou com a participação de 50% da equipa. Dos elementos participantes nesta sessão, 50% assistiu pela primeira vez e 50% repetiu a formação. Assim, no conjunto das duas sessões foi formada 75% da equipa de enfermagem, um valor bastante mais próximo do indicador de avaliação

situado nos 80%. Conforme previsto, foi aplicado um instrumento de avaliação da sessão e de conhecimentos obtidos em ambas (Apêndice XX). Os resultados foram posteriormente analisados e comparados entre si, no sentido de perceber se surgiram melhorias nas respostas (Apêndice XXI). De uma maneira geral, os participantes de ambas as sessões de formação consideraram a pertinência do tema e os conteúdos apresentados totalmente e/ou bastante adequados. Quanto à avaliação dos contributos teóricos da sessão, os resultados foram positivos nas duas sessões, verificando-se uma melhoria na taxa de respostas corretas entre a primeira e a segunda sessão, de 78% para 92% respetivamente, confirmando-se individualmente uma melhoria em todas as respostas. A partir destes dados é possível inferir que o facto de se ter repetido a formação permitiu obter melhores resultados em termos de capacitação da equipa de enfermagem na abordagem das RHTA. Após a sessão de formação, a equipa assumiu o compromisso de iniciar de imediato mudanças na sua prática de cuidados de acordo com os contributos da sessão, sobretudo ao nível da identificação de factores de risco e vigilância do doente durante a realização do tratamento, apresentando inclusivamente sugestões de melhoria ao nível do espaço físico, com a necessidade de reorganização dos cadeirões na sala de tratamentos de modo a facilitar as intervenções de enfermagem ao nível do diagnóstico e gestão das RHTA. Estes aspetos traduziram a motivação e o interesse da equipa relativamente à implementação do projeto e à melhoria dos próprios cuidados face às RHTA e tiveram a concordância da enfermeira responsável.

### 3.2.3. Implementar intervenções de enfermagem no âmbito da prevenção das reações de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica

No âmbito das RHTA, a prevenção é a primeira linha de defesa contra estes eventos adversos (Gobel, 2005). Com a implementação do projeto considerou-se necessário intervir em duas áreas distintas, por um lado ao nível da consulta de enfermagem e, por outro lado, ao nível da melhoria da articulação entre o HDO e o HDI da Unidade Hospitalar D.

Os enfermeiros devem estar familiarizados com estes eventos adversos e saber identificar os factores de risco que podem contribuir para desenvolver ou exacerbar uma RHTA (Breslin, 2007; Vogel, 2014), o que permite tomar medidas

preventivas e reduzir significativamente o risco de complicações mais severas (Vogel, 2010; Shelton & Shivan, 2011). A consulta de enfermagem constitui, neste caso, um momento privilegiado para conhecer o doente e intervir do ponto de vista preventivo face às RHTA, pois permite intervir simultaneamente na identificação de factores de risco e na educação. Por definição, a consulta de enfermagem é uma intervenção que visa a realização de uma avaliação ou o estabelecimento de um plano de cuidados de enfermagem, de modo a ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado (Portaria n.º 306 – A/2011, de 20 de Dezembro). Tendo em conta o diagnóstico de situação efetuado inicialmente, verificou-se a necessidade de melhorar a avaliação inicial realizada ao doente na consulta de enfermagem de acolhimento, sobretudo na recolha de informação detalhada sobre antecedentes pessoais e alérgicos, experiências em tratamentos anteriores, bem como otimizar o ensino realizado ao doente e familiares sobre as RHTA.

Neste caso específico, a família desempenha um papel fundamental e deve, sempre que possível, estar presente no momento da consulta de enfermagem de acolhimento, pois funcionada como uma importante fonte de informação na identificação de potenciais factores de risco, para além de ser um apoio para o doente no seu processo de aprendizagem face às RHTA. As intervenções de enfermagem são optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, sobretudo quando as intervenções visam a alteração de comportamentos ou a vigilância do estado de saúde do doente (OE, 2012). Também Benner (2001, p.90), no domínio de competências que definiu como *Função de Ajuda*, considerou fazer parte das competências do enfermeiro, “proporcionar apoio afetivo e informar as famílias dos doentes”, devendo este apoiar e otimizar o papel positivo dos membros da família no tratamento do doente, fornecendo-lhes as informações necessárias para que possam providenciar um apoio efetivo.

Deste modo, após a capacitação da equipa de enfermagem com a sessão de formação onde foi abordada a importância da intervenção do enfermeiro na consulta de enfermagem de acolhimento relativamente à abordagem das RHTA ao nível da prevenção e da educação, foi elaborada uma *check-list* para ser utilizada nesta consulta com intuito de sistematizar e orientar o enfermeiro na colheita de dados realizada ao doente, bem como os ensinamentos específicos que devem ser efetuados (Apêndice XXII). Com o intuito de perceber se a *check-list* passou a ser utilizada após a realização da sessão de formação, foram observadas oito consultas de



enfermagem a doentes oncológicos que iam iniciar ou reiniciar tratamentos endovenosos. Verificou-se que a *check-list* foi utilizada em todas as consultas observadas, assim como todos os seus itens foram cumpridos. Todos os doentes fizeram-se acompanhar pelos seus familiares, que foram integrados na consulta pelo enfermeiro. Com base no modelo do CCP (McCormack & McCance, 2006), considera-se que, no âmbito da consulta de enfermagem, as competências interpessoais e ao nível da comunicação revelam-se requisitos importantes para o enfermeiro obter resultados positivos na prevenção das RHTA. A adoção de uma atitude empática e o estabelecimento de parcerias com o doente são factores fundamentais na promoção da satisfação do cliente (OE, 2012) e contribuem para garantir o sucesso das intervenções do enfermeiro neste âmbito.

Como referido no capítulo anterior, a articulação eficiente entre as especialidades de oncologia e de imunoalergologia têm um valor preponderante no sucesso dos cuidados ao doente oncológico com RHS e para a própria melhoria da qualidade dos cuidados, sendo que o enfermeiro tem um papel de dinamizador, essencial no sucesso desta articulação. A OE (2012, p.6) assume que “a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional” que se obtém a partir da reunião de esforços entre os exercícios pluriprofissionais. Para um efetivo CCP, o ambiente em que são prestados os cuidados devem incluir, entre outros, uma conjunto de competências adequadas, sistemas facilitadores da tomada de decisão partilhada, relações eficazes entre todos os membros da equipa e sistemas de organização de suporte que promovam a partilha de poder e o potencial para a inovação (McCormack & McCance, 2006).

Na Unidade Hospitalar D a relação multidisciplinar entre ambas as especialidades é bastante positiva, no entanto, não existe uma sistematização de procedimentos neste âmbito. Em Janeiro deste ano, já no decorrer do estágio, foi formalizada a consulta de imunoalergologia – oncologia que passou a decorrer uma vez por semana, com duas vagas disponíveis para os doentes oncológicos. Este foi um passo importante para estes doentes uma vez que, a partir deste momento, esta consulta pode ser rapidamente agilizada, minimizando consideravelmente os tempos de espera, aspeto bastante importante para o doente oncológico em regime de tratamento antineoplásico. Ainda assim, considerou-se necessária a realização de uma proposta de protocolo de articulação entre os enfermeiros e oncologistas do HDO e os médicos do serviço de imunoalergologia desta Unidade Hospitalar, no

sentido de sistematizar o encaminhamento e a gestão das reações destes doentes, nomeadamente em situações em que sejam identificados possíveis factores de risco ou doentes que tenham desenvolvido uma suspeita de RHTA. Esta proposta de norma de articulação foi elaborada e apresentada à enfermeira responsável do serviço, bem como aos clínicos de ambas as especialidades que colaboram no serviço, que deram alguns contributos e sugestões de melhoria relativamente ao seu conteúdo, encontrando-se atualmente o documento em fase de aprovação a nível institucional (Apêndice XXIII).

Para Benner (2001, p.161), uma vez que os enfermeiros “(...) estão sempre presentes e coordenam as relações entre o doente e os diferentes membros da equipa de cuidados, (...) têm a possibilidade de prevenir e detectar erros (...)”. A prevenção de complicações é um dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade da OE (2012), cujas intervenções vão de encontro às sugeridas na prevenção das RHTA, fazendo referência ao facto de que o enfermeiro deve assumir um papel importante na identificação rápida de problemas potenciais para o doente, sobre os quais tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar ou minimizar os seus efeitos, para além de assegurar o rigor técnico/científico na implementação das intervenções, a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais de saúde, a supervisão das suas atividades e a responsabilização pelas suas tomadas de decisão, nos atos que pratica e que delega.

#### 3.2.4. Implementar intervenções de enfermagem no âmbito do diagnóstico das reações de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica

A literatura refere que o sucesso das intervenções de enfermagem relacionadas com o diagnóstico das RHTA está intimamente relacionada com os conhecimentos que o enfermeiro demonstra relativamente às RHTA (Vogel, 2010; Zetka, 2012; Gallimore, 2016; Roselló et al., 2017). Deste modo, para além das ações de formação realizadas no sentido de capacitar a equipa de enfermagem para esta área de intervenção, considerou-se pertinente o desenvolvimento de um guia orientador de boas práticas, com a finalidade de, por um lado, complementar a informação já fornecida na sessão de formação e, por outro, servir de suporte teórico às intervenções realizadas pela equipa de enfermagem, sendo um importante



contributo para a otimização e uniformização dos cuidados de enfermagem à pessoa com RHTA (Apêndice XXIV).

A OE (2012, p.12) considera que “no processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática” e reconhece que “a produção de guias orientadores de boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”. O guia orientador de boas práticas foi realizado de acordo com as Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados preconizadas pela OE (2007). Para os autores (2007, p.3) estes guias revestem-se de grande atualidade, sendo considerados “Instrumentos de Qualidade”, devendo os enfermeiros basear o seu exercício profissional em práticas recomendadas, trazendo assim aos cuidados maior segurança, visibilidade e eficácia.

A elaboração do guia orientador de boas práticas teve por base a melhor evidência científica disponível, utilizando neste caso os contributos da revisão *scoping* da literatura realizada, para além das competências do enfermeiro evidenciados por Benner (2001) e dos contributos de McCormack & McCance (2006, 2010) no CCP. Por outro lado, de forma a enquadrar a elaboração deste guia na organização onde se pretende vir a ser implementado, considerou-se igualmente adequado mobilizar a filosofia de cuidados de enfermagem pela qual esta se rege, que tem por base o Modelo de Atividades de Vida de Roper, Logan & Tierney (2001). Segundo este modelo, “a função específica da enfermagem é ajudar o indivíduo a evitar, aliviar, resolver, ou lidar positivamente com os problemas (reais ou potenciais) relacionados com as actividades de vida” (Roper et al., 2001, p.88)<sup>9</sup>. Neste caso, pode considerar-se que uma RHTA afecta a atividade de vida *Manter um Ambiente Seguro*, associado a factores biológicos<sup>10</sup>. Segundo os autores (2001) é fundamental que em todos os casos – manutenção da saúde, prevenção da

---

<sup>9</sup>As atividades de vida estão associados componentes, nomeadamente, a duração da vida, o *continuum* dependência/independência e os factores influentes, que são interativos e que se combinam no sentido de produzir uma associação singular que determina a individualidade de vida (Roper et al., 2001). As 12 atividades de vida constituem uma componente fundamental do modelo e podem ser influenciadas por factores, biológicos, psicológicos, sócio-culturais, ambientais e político-económicos (Roper et al., 2001).

<sup>10</sup> Quando existe disfunção física causada por ferimento, infeção ou doença, o corpo reage fisiologicamente de diversas formas, no sentido de manter o equilíbrio através de diversas reações denominadas como mecanismos de defesa, que incluem ativação do sistema imunitário, reação inflamatória protetora de ferimentos ou infeções, entre outras (Roper et al., 2001).

doença, cuidados durante os episódios de doença e durante o processo de morte – os enfermeiros detenham uma base de conhecimentos sobre a biologia humana e ciências relacionadas, de modo a compreender a estrutura e funções normais e aprender as mudanças patológicas. Assim, o modelo vem reforçar a importância da capacitação e do desenvolvimento de conhecimentos por parte dos enfermeiros numa determinada área de intervenção, indo de encontro ao pretendido com o guia.

Uma vez que este guia orientador de boas práticas tem por base a evidência proveniente de uma revisão *scoping*, cuja finalidade é informar e trazer contributos para o contexto da prática através do mapeamento da literatura existente numa determinada área de interesse, não é possível trazer recomendações para a prática, pois neste caso não é exigida a avaliação da qualidade metodológica dos estudos (The Joanna Briggs Institute, 2015). Por este motivo, não é explicitado o nível de evidência que está na base das suas orientações, conforme recomendado pela literatura na elaboração deste tipo de documento (OE, 2007). A operacionalização das práticas sugeridas por este guia está organizada de acordo com as categorias de intervenção do enfermeiro que emergiram da evidência, sendo descritas de forma detalhada as várias intervenções associadas a cada área de atuação, para que seja um meio facilitador e orientador de consulta. O guia foi elaborado com o conhecimento da enfermeira responsável, enfermeira de referência e equipa clínica de imunoalergologia e oncologia, no qual todos contribuíram para a sua otimização.

### 3.2.5. Implementar intervenções de enfermagem no âmbito da gestão das reações de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica

Para alcançar este objetivo foram definidas atividades que se consideram fundamentais para melhorar as intervenções do enfermeiro ao nível da gestão das RHTA, relacionadas sobretudo com a normalização dos procedimentos e com a documentação da RHTA.

De acordo com Benner (2001, p.143), “as enfermeiras devem ser capazes de gerir e de prever as crises” uma vez que, sendo uma das suas principais funções a de diagnosticar e vigiar as mudanças que ocorrem num doente, é natural que devam saber gerir situações maiores de crise e de evolução rápida, tal como acontece no caso de uma RHTA. A evidência é bastante clara e perentória ao afirmar que todas as organizações devem desenvolver protocolos com algoritmos de atuação perante

as RHTA imediatas (Gobel, 2005; Shelton & Shivnan, 2011; Viale & Yamamoto, 2012; Zetka, 2012; Vogel, 2010; 2014; Gallimore, 2016; Roselló et al., 2017). Por esta razão, e aliado ao facto de não existir nenhum documento para o efeito neste serviço, foi elaborada uma proposta de norma de procedimento com o algoritmo de atuação na gestão da RHTA imediata (Apêndice XXV). Quando realizado o diagnóstico de situação no planeamento inicial do projeto, esta foi uma das principais dificuldades apontadas pela equipa de enfermagem na sondagem de opinião. Após a sua elaboração, o documento foi apresentado à equipa multidisciplinar, nomeadamente, enfermeira responsável, enfermeira de referência, outros enfermeiros peritos e com formação avançada, quer na área da pessoa em situação crónica, quer na área da pessoa em situação crítica, e os clínicos de ambas as especialidades afetas à problemática, sendo que todos deram parecer positivo e contribuíram para a melhoria do conteúdo da mesma. Ainda neste âmbito, tendo em conta a especificidade dos cuidados na administração de protocolos de dessensibilização oncológica, considerou-se pertinente elaborar uma proposta de norma de procedimento relativa aos cuidados de enfermagem à pessoa submetida a dessensibilização oncológica. Apesar de não ser uma atividade inicialmente prevista, considerou-se adequada a sua inclusão no guia orientador de boas práticas (Apêndice XXIV). Até ao final do Estágio IV, ambos os documentos encontravam-se a ser revestidos pelos enfermeiros supervisores para, posteriormente serem enviados para os devidos departamentos responsáveis pela sua aprovação.

Na proposta de norma de procedimento elaborada foi desenvolvido um algoritmo<sup>11</sup> de atuação, igualmente validado pela equipa multidisciplinar acima referida. No sentido de dar visibilidade e retirar partido da sua funcionalidade, considerou-se pertinente a elaboração de um póster para consulta rápida, a ser afixado de modo visível na sala de tratamentos (Apêndice XXVI).

Um outro aspeto fundamental na gestão das RHTA e no qual o enfermeiro desempenha um papel relevante e decisivo na obtenção de resultados positivos para o doente está relacionado com a documentação da reação. A maioria da literatura evidenciava a importância da documentação detalhada do evento como essencial para a decisão e planeamento do tratamento futuro (Zetka, 2012; Vogel, 2010, 2014; Gallimore, 2016; Roselló et al., 2017). Uma vez que são vários os dados

---

<sup>11</sup> No cronograma de atividades afeto ao projeto consta a palavra fluxograma, no entanto, optou-se por utilizar o conceito de algoritmo, de acordo com o apresentado na evidência científica.

da RHTA a serem reportados, pode facilitar a utilização de uma *check-list* ou de um protocolo de documentação da reação (Roselló et al., 2017), motivo pelo qual se considerou pertinente a elaboração de um instrumento de registo da RHTA<sup>12</sup> (Apêndice XXVII). Este documento foi elaborado tendo em conta os aspetos evidenciados na revisão *scoping* para um registo completo da RHS, mas foram igualmente tidos em conta os aspetos que os clínicos de imunoalergologia consideram importantes na facilitação do seu diagnóstico, já que este foi desenvolvido não apenas como forma de dar visibilidade às intervenções de enfermagem na gestão da RHTA imediata, mas também como um documento que servisse de apoio à consulta de imunoalergologia – oncologia. Benner (2001, p.169) no domínio de competências relacionado com *Assegurar e Vigiar a Qualidade dos Cuidados* considera que “quando existe uma boa comunicação entre médicos e as enfermeiras e prevalece a colaboração, a flexibilidade aumenta, e é o doente que beneficia”. Esta sinergia entre médico e enfermeiro é fundamental para o correto diagnóstico da RHS e posterior decisão terapêutica, com impacto considerável no prognóstico e na qualidade de vida do doente.

Nas intervenções definidas para a gestão das RHTA pode relacionar-se o enunciado descritivo dos padrões de qualidade da OE (2012) relativo à readaptação funcional, que diz respeito aos processos de adaptação ao problema de saúde, que neste caso é a RHTA. Para tal é importante que o enfermeiro tenha em consideração elementos como a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem, a otimização das capacidades do doente e familiares na gestão do seu regime terapêutico, bem como o ensino e a instrução do doente perante a adaptação individual requerida face à readaptação funcional, neste caso, a ocorrência de uma RHTA e tudo o que implica o seu processo de tratamento. Também o enunciado descritivo sobre a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2012) pode estar relacionado com a gestão das RHTA, sobretudo ao nível da existência de um sistema de registo de enfermagem, neste caso, dirigido para a documentação da RHTA, onde devem ser assinaladas as necessidades de cuidados de enfermagem dos doentes, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo doente.

---

<sup>12</sup> No cronograma de atividades afeto ao projeto é referido um instrumento de registo e notificação da RHTA, no entanto, dado que a instituição tem um documento próprio para a notificação de eventos adversos, optou-se por denominar o documento como instrumento de registo da RHTA.

No sentido de mobilizar e operacionalizar os conteúdos teóricos-práticos desenvolvidos durante a implementação do projeto, bem como analisar o impacto dos cuidados de enfermagem à pessoa com RHTA na qualidade dos cuidados, considerou-se adequado realizar um estudo de situação no âmbito do Estágio IV (Apêndice XXVIII). Apesar desta atividade não se encontrar inicialmente prevista no projeto, a sua elaboração permitiu ilustrar e analisar de forma mais aprofundada uma situação específica do contexto da prática relativamente aos cuidados à pessoa com RHTA, revelando-se mais um importante contributo para o desenvolvimento de competências ao nível da análise e reflexão crítica sobre as práticas.

### 3.2.6. Implementar intervenções de enfermagem no âmbito da educação em relação às reações de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica

De acordo com os padrões de qualidade da OE (2012, p.10), “a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel”. Esta parceria pode ser estabelecida em diversas circunstâncias e deve envolver as pessoas significativas para o doente, familiares ou cuidadores (OE, 2012). No domínio de competências *Função de Ajuda*, Benner (2001) considera que o enfermeiro deve ajudar o doente a sentir-se implicado e participar no seu processo de tratamento. Neste sentido, os cuidados de enfermagem ajudam o doente a gerir os seus recursos de saúde, frequentemente através da promoção de processos de aprendizagem, prevendo-se como vantajoso que este assuma um “papel de *pivot*” no seio da equipa (OE, 2012, p.11). Nesta área de intervenção, a educação do doente é fundamental na prevenção de complicações e na gestão das RHTA (Gallimore, 2016), devendo o doente ser capacitado pelo enfermeiro no sentido de ser parceiro e interagir nos cuidados.

Em termos de atividades desenvolvidas no cumprimento do objetivo relacionado com a melhoria das intervenções de enfermagem no âmbito da educação do doente e familiares na abordagem das RHTA, considerou-se necessário, para além das informações transmitidas na consulta de enfermagem de acolhimento e ao longo dos tratamentos que o doente realiza, desenvolver alguns instrumentos de suporte escritos por forma a complementar toda a informação transmitida, conforme demonstrado pela evidência (Vogel, 2014).

Ao nível da consulta de enfermagem de primeira vez, verificou-se que o guia de acolhimento entregue ao doente com a apresentação do funcionamento do serviço e informações relativas aos principais efeitos secundários dos tratamentos antineoplásicos, não fazia qualquer referência ao evento adverso relacionado com a RHTA. Neste sentido, de forma a colmatar este facto e complementar o ensino realizado ao doente relativo às RHTA no âmbito da consulta de enfermagem, foi realizada uma proposta de atualização do atual guia de acolhimento, com introdução de uma adenda com informação relacionada com as RHTA (Apêndice XXIX).

De igual modo, foram elaborados dois instrumentos de suporte educacional para serem entregues ao doente, um direcionado para a pessoa que teve RHTA (Apêndice XXX) e outro direcionado para a pessoa que é referenciada para a consulta de imunoalergologia – oncologia e tem indicação para realizar algum tipo de procedimento diagnóstico ou de administração terapêutica<sup>13</sup> (Apêndice XXXI).

A educação do doente e da família não pretende apenas informar sobre a probabilidade de ocorrência de uma RHTA e a importância de a reportar de imediato (Vogel, 2010), mas também esclarecer sobre o tratamento a ser realizado e assegurar o acompanhamento de todo o procedimento (Shelton & Shivnan, 2011), providenciando um suporte psicológico que permita reduzir a ansiedade relacionada com as RHTA (Roselló et al., 2017). Os enunciados descritivos dos padrões de qualidade da OE (2012) que podem ser relacionados com este objetivo são os correspondentes à satisfação do cliente e, neste caso, os elementos que se destacam no processo de prestação de cuidados, entre outros, o estabelecimento de parcerias com o doente no planeamento do processo de cuidados, o envolvimento dos seus familiares, o empenho do enfermeiro na minimização do impacto negativo provocado pelas mudanças associadas à sua situação de doença e, neste caso, à possibilidade de ocorrência de RHTA, para além da promoção da saúde, em que o enfermeiro procura ajudar o doente a desenvolver as suas capacidades na promoção da sua saúde e colabora no fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades para o doente.

---

<sup>13</sup> No cronograma de atividades afeto ao projeto consta a realização de um instrumento de suporte educacional direcionado para o doente que realiza protocolo de dessensibilização, no entanto, tendo em conta a formalização da consulta de imunoalergologia – oncologia na Unidade Hospitalar B, considerou-se mais adequado a realização de um instrumento de suporte educacional direcionado para esta consulta, com inclusão de informação sobre todos os procedimentos a que o doente pode ser submetido.



### 3.2.7. Avaliar os resultados obtidos após implementação do projeto na mudança da prática de cuidados

Após a realização de todas as atividades planeadas para o Estágio IV e sendo a equipa de enfermagem um dos elos fundamentais no sucesso deste trabalho, foi-lhe dada a conhecer o balanço final da implementação do projeto e as perspetivas futuras em relação ao mesmo, com o intuito de apresentar as atividades desenvolvidas, para as quais também contribuíram, refletir sobre os contributos do projeto na melhoria da qualidade dos cuidados e sensibilizar para a manutenção da sua implementação no futuro (Apêndice XXXII). De acordo com o planeado, foi realizada na última semana de estágio uma sessão de apresentação do balanço final da implementação do projeto e das perspetivas futuras (Apêndice XXXIII).

Ruivo, Ferrito & Nunes (2010) consideram que, para além da avaliação dos objetivos atingidos, é importante avaliar a participação e o papel dos elementos envolvidos no projeto, neste caso, a equipa de enfermagem. Referem (2010) ainda que, embora esta avaliação deva ser objetiva e rigorosa, é fundamental que cada elemento possa dar o seu contributo e parecer relativamente ao percurso desenvolvido, nomeadamente, as suas expectativas, satisfações, aquisições, interesses, sugestões de melhoria e propostas para projetos futuros. Apesar de não ter sido aplicado um instrumento de avaliação de opinião dos participantes relativamente à implementação do projeto, foram anotados os relatos obtidos no final da sessão de apresentação do balanço final, com os contributos dos participantes. Os colegas teceram comentários bastante positivos relativamente às atividades desenvolvidas, enaltecendo a sua utilidade prática e o seu contributo para a melhoria da sua prestação de cuidados. Das atividades realizadas, a equipa de enfermagem elegeu como maior utilidade para a sua prática, a sessão de formação para capacitação da equipa, o guia orientador de boas práticas, a norma de procedimento na gestão da RHTA imediata e o documento de registo da mesma. Referiram ainda que a implementação do projeto e as atividades desenvolvidas foram um enorme contributo para a melhoria da sua prestação de cuidados à pessoa com RHTA, sentindo-se mais capazes, confiantes e seguros. Fizeram igualmente referência à importância da elaboração destes projetos ao nível do serviço, considerando ser uma mais-valia a nível pessoal e profissional, pelo que deveriam ser replicados a outras problemáticas existentes no serviço.

## 4. AVALIAÇÃO

O processo de avaliação do projeto é bastante complexo e implica a consideração de diversas vertentes de análise e reflexão (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Neste sentido, após descrição e análise das atividades desenvolvidas na operacionalização do projeto, importa avaliar e refletir o percurso experienciado, nomeadamente ao nível das aprendizagens efetuadas e competências desenvolvidas, os pontos fortes e os pontos fracos que facilitaram ou inibiram a sua implementação, bem como o balanço dos seus contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados, não apenas no serviço onde foi implementado, mas também nos diversos contextos de estágio.

Todo o percurso de planeamento e execução do projeto, incluindo as atividades desenvolvidas, foram acompanhados pela docente orientadora da ESEL, juntamente com os contributos enriquecedores dos enfermeiros responsáveis e dos enfermeiros de referência de todos os contextos de estágio. No término de cada estágio foi realizada uma sessão de avaliação do percurso e das aprendizagens alcançadas, na presença de todos estes intervenientes, formalizada de forma escrita em documento próprio fornecido pela ESEL (Anexo II).

### 4.1. Reflexão sobre o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

A metodologia de projeto contribui para a promoção de uma aprendizagem relevante e útil, uma vez que estabelece ligações com a realidade e desenvolve competências fundamentais para a formação e para o desenvolvimento de profissionais e da própria disciplina de Enfermagem (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). De acordo com Benner (2001, p.199), o modelo de *Dreyfus* aplicado aos cuidados de enfermagem demonstra que integrar as competências e os conhecimentos adquiridos através da experiência, torna possível o desenvolvimento profissional. Pretendeu-se que este projeto constituísse um meio para atingir este desenvolvimento profissional, sobretudo com a aquisição de competências de Mestre em Enfermagem, nomeadamente as referidas no Decreto-Lei n.º 74/2006 de



24 de Março e competências de Enfermeiro Especialista, nomeadamente as referidas no Regulamento de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista (OE, 2010a). Por definição,

especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2010a, p.2).

Sendo este um projeto de intervenção na área da oncologia foram igualmente consideradas algumas das competências do Enfermeiro Especialista em Oncologia preconizadas pelo *Cancer Nursing Curriculum* da *European Oncology Nursing Society* (EONS) (2013). Apesar deste projeto ser aplicado à realidade de um serviço de oncologia e sendo o cancro considerado uma doença crónica, mesmo que muitos dos tratamentos antineoplásicos tenham um intuito curativo, as RHTA são sempre situações emergentes. Por essa razão, foram consideradas no desenvolvimento deste projeto, a aquisição de Competências Específicas do Enfermeiro Especializado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011), mas também algumas das Competências Específicas do Enfermeiro Especializado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2010b), ambas do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. As competências desenvolvidas em cada âmbito serão seguidamente analisadas do ponto de vista crítico no sentido de identificar e refletir sobre as aprendizagens concretizadas.

#### 4.1.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

Independentemente da sua área de atuação existe um determinado perfil de competências comuns que o enfermeiro especialista deve desenvolver nesta fase de crescimento e progressão profissional. Neste sentido,

“a certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto da prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” (OE, 2010a, p.2).

Com a implementação do projeto foi possível desenvolver competências nos quatro domínios de competência comuns do Enfermeiro Especialista, a saber,

responsabilidade profissional, legal e ética, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010a), que serviram de base à seguinte análise.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, considera-se ter sido desenvolvida uma prática profissional e ética durante o planeamento e implementação deste projeto, na medida em que todas as tomadas de decisão foram baseadas em juízos fundamentados no conhecimento científico e na experiência profissional e suportadas por princípios e valores éticos e deontológicos pelos quais se rege a profissão. No planeamento das atividades definidas no projeto, todas as estratégias de resolução de problemas e tomadas de decisão foram desenvolvidas em parceria com o doente e a sua família, sendo tida em consideração a sua individualidade e promovendo a sua autonomia e poder de decisão. Tratando-se de um projeto de intervenção, houve um compromisso em participar na construção de tomadas de decisão em equipa desde o primeiro momento, com a definição da problemática, até à implementação do mesmo, onde foram obtidos contributos para a melhoria das estratégias de implementação das atividades desenvolvidas. Para além do trabalho em equipa, considera-se ter sido revelada a capacidade de autonomia através do julgamento fundamentado que se refletiu nas tomadas de decisão relativamente à escolha das atividades a serem realizadas. Durante e após a implementação do projeto, foi desempenhado o papel de consultoria relativamente aos cuidados à pessoa com RHTA, liderando de forma efetiva os processos de tomada de decisão em relação a esta problemática, não apenas junto da equipa de enfermagem, mas também como elo de ligação entre a equipa multidisciplinar. Todo o processo de implementação do projeto e os resultados das tomadas de decisão foram avaliados, ponderados e partilhados com a restante equipa de cuidados, no sentido de promover a melhoria das práticas e do trabalho realizado perspetivando o futuro, o que ficou demonstrado pelas várias sessões de formação realizadas. Em todas as atividades planeadas e desenvolvidas foram promovidas práticas de cuidados que respeitaram os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, assegurando a segurança do doente, o direito à privacidade, confidencialidade e o acesso à informação, bem como o respeito pelos seus valores, costumes e crenças. Alguns destes foram garantidos através do pedido de autorização institucional para o desenvolvimento das atividades inerentes ao projeto, para aceder às equipas de saúde e para prestar cuidados aos doentes

nas várias organizações, do pedido de consentimento verbal para a realização do estudo de situação e da manutenção do anonimato nas várias situações analisados no relatório. Com a implementação do projeto foi ainda reconhecida a necessidade de prevenir e identificar práticas de risco e a importância de adotar uma conduta preventiva e antecipatória através da promoção de medidas preventivas apropriadas de acordo com o conhecimento que foi adquirido, no sentido de aumentar a segurança do doente e identificar as intervenções necessárias em cada situação específica. Estas intervenções foram retratadas na revisão *scoping* da literatura e a sua relevância foi transmitida à equipa de enfermagem através da sessão de formação para a sua capacitação.

No domínio da melhoria da qualidade, a implementação deste projeto permitiu colaborar na conceção e concretização de um projeto institucional na área da qualidade, tendo sido promovida a incorporação dos conhecimentos obtidos durante a sua realização na melhoria da qualidade da prestação de cuidados à pessoa com RHTA. O seu desenvolvimento permitiu o planeamento de um programa de melhoria da qualidade, na medida em que foi identificada uma problemática como uma oportunidade de melhoria, foram estabelecidas prioridades e seleccionadas estratégias através do planeamento dos objetivos e atividades, sendo obtido como um dos resultados da sua implementação, a elaboração de um guia orientador de boas práticas no cuidado à pessoa com RHTA, baseado na evidência científica e nas normas relativas à qualidade dos cuidados. Foi também tida em consideração a promoção de um ambiente de cuidados seguro e centrado na pessoa, que se torna uma condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, tendo sido considerada a promoção do bem-estar do doente e a gestão do risco relacionado com as RHTA. Muitas das atividades desenvolvidas foram neste sentido, destacando neste caso, a capacitação da equipa na gestão das RHTA, as medidas adotadas na educação do doente/família e o desenvolvimento de normas de atuação, para além do incentivo à documentação detalhada da reação e à contínua notificação deste evento adverso.

No domínio da gestão de cuidados, a atuação foi sobretudo na gestão de cuidados ao nível da otimização das respostas da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multidisciplinar, aspeto fundamental nesta área específica de cuidados. Para além de ter havido uma intervenção ao nível da melhoria da informação para o processo de cuidar, foi disponibilizada assessoria à equipa da

enfermagem e foi promovida a colaboração nas decisões da equipa multiprofissional e a importância de negociar e referenciar para outras especialidades sempre que necessário. No fundo, considera-se ter sido reconhecido que todos os membros da equipa têm papéis e funções distintas e interdependentes, pelo que se pretendeu promover um ambiente positivo e favorável na equipa durante implementação do projeto.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens, a implementação do projeto permitiu desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, tendo sido demonstrado ao longo deste percurso uma elevada consciência pessoal e profissional ao reconhecer humildemente os recursos e limites pessoais e profissionais e a consciência da influência pessoal no estabelecimento das relações terapêuticas e multiprofissionais. Outro aspeto fundamental desenvolvido neste domínio tem que ver com o facto de o projeto ser um meio facilitador da aprendizagem no contexto de trabalho nesta área de intervenção e, a nível pessoal, foi adotada com grande empenho a função de elemento formador oportuno no contexto de trabalho, ao diagnosticar necessidades formativas e favorecer a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento das competências dos enfermeiros, avaliando o impacto da formação. Toda a prática clínica inerente à implementação do projeto foi suportada na investigação e no conhecimento científico relacionado com esta área de intervenção, tendo sido elaborada uma revisão *scoping* da literatura, em que os resultados provenientes do estado de arte foram interpretados, organizados e divulgados de forma a alicerçar a prática nesta evidência e, assim, contribuir para a melhoria das práticas e para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem. Foram igualmente desenvolvidas competências ao nível da demonstração de conhecimentos e aplicação dos mesmos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes, para além de rentabilizar as oportunidades de aprendizagem e tomada a iniciativa na análise de situações críticas, nomeadamente através da elaboração do estudo de situação e das análises e reflexões críticas efetuadas ao longo deste percurso e descritas neste relatório.

#### 4.1.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa e em pessoa em situação crítica

Como referido anteriormente, considera-se que a especificidade da problemática em estudo leva à necessidade de considerarmos o desenvolvimento de competências em ambas as áreas de especialização do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A doença crónica “é um termo abrangente que inclui doenças prolongadas, frequentemente associadas a um variável grau de incapacidade, de curso prolongado e geralmente de progressão lenta (...) que implicam a necessidade de adaptação a diversos níveis (físico, familiar, social, psicológico, emocional e espiritual)” (OE, 2011, p.1). Sendo o cancro uma doença crónica e incapacitante e sendo este um projeto direcionado para uma problemática relacionada com o tratamento do doente oncológico, independentemente da sua fase de doença, consideram-se terem sido desenvolvidas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, conforme preconizado pela OE (2011), que importam analisar. No desenvolvimento e implementação deste projeto foram desenvolvidas competências ao nível da identificação das necessidades do doente e dos seus familiares relativamente ao tratamento oncológico, nomeadamente na avaliação e identificação em tempo útil de sintomas descontrolados e/ou situações de agudização, neste caso indiciadores de RHTA, na promoção de intervenções adequadas às suas necessidades, nomeadamente, através do estabelecimento de planos individualizados para a pessoa, da adoção de medidas farmacológicas e não-farmacológicas no alívio dos sintomas da RHTA e na atuação em tempo útil nas situações de agudização. A implementação do projeto permitiu, uma vez mais, promover o cuidado em parceria com o doente e sua família, na tentativa de estabelecer uma relação terapêutica, fundamental para facilitar o processo de adaptação à doença e, neste caso, aos efeitos adversos do tratamento.

Por outro lado, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados “prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2010b, p.1). Em situação crítica a avaliação

diagnóstica e a monitorização constantes são reconhecidas como fundamentais e têm uma importância máxima, assim como o cuidar a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica se reveste de igual importância e significa igualmente uma competência especializada (OE, 2010b). Com a elaboração deste projeto foram desenvolvidas algumas das competências no âmbito do cuidar a pessoa a vivenciar processo complexo de doença crítica e/ou falência orgânica, se considerarmos a situação emergente da ocorrência de uma RHS durante um tratamento antineoplásico. Assim, tendo em conta o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica da OE (2010b), destacam-se o desenvolvimento das competências relacionadas com a gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos, em que se promoveu o diagnóstico precoce das complicações resultantes da sua implementação, a implementação de respostas de enfermagem e a monitorização e avaliação da adequação das respostas aos problemas identificados. Na assistência da pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, neste caso a pessoa que teve RHTA, ficaram demonstrados conhecimentos sobre a importância da gestão da ansiedade e do medo vividos pela mesma. Foram ainda desenvolvidas competências ao nível da gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade relacionada com o seu estado de saúde, nomeadamente demonstrando conhecimentos ao nível da comunicação e a capacidade de adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica, demonstrada neste projeto através da importância dada à educação da pessoa relativamente às RHTA e ao acompanhamento da mesma durante a realização dos tratamentos oncológicos.

#### 4.1.3. Competências preconizadas pela *European Oncology Nursing Society*

A EONS (2013) considera existirem determinadas competências e conhecimentos que devem ser adquiridos pelos enfermeiros que prestam cuidados a doentes oncológicos adultos. Este cuidado torna-se cada vez mais exigente devido à constante evolução e complexidade associado ao desenvolvimento dos tratamentos oncológicos, pelo que são requeridas competências e um pensamento crítico cada vez mais abrangente e rigoroso entre os enfermeiros que trabalham em oncologia

(EONS, 2013). Neste momento de desenvolvimento profissional na área de intervenção oncológica faz sentido uma análise das competências preconizadas pelo *Core Curriculum* da EONS (2013), que tiveram oportunidade de ser desenvolvidas ao longo do percurso de implementação deste projeto.

Neste caso, destacam-se as competências relacionadas com a ciência e o tratamento do cancro, com a demonstração da importância dos enfermeiros deterem conhecimentos sobre os efeitos secundários imediatos e tardios dos tratamentos oncológicos para a prevenção e o diagnóstico das RHTA. As competências relacionadas com a avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro, através da demonstração da importância da monitorização do estado de saúde do doente relativamente a sinais/sintomas de deterioração, considerando-se neste caso a presença de RHTA, e a necessidade de intervenção imediata, da documentação detalhada e da referenciação adequada; através da utilização de forma crítica da pesquisa baseada na evidência quanto à gestão de enfermagem relativamente aos sintomas da doença oncológica e efeitos secundários dos tratamentos, demonstrado através da realização da reflexão crítica sobre as práticas observadas nos contextos de estágio; e através da demonstração de conhecimentos sobre a administração segura de terapêutica e as intervenções de enfermagem necessárias para gerir uma reação adversa ao tratamento oncológico, que se encontra refletido no guia orientador de boas práticas. As competências relacionadas com a informação e comunicação à pessoa com doença oncológica, ao ser reconhecido e demonstrado ao longo do projeto a importância da comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar nos cuidados de suporte ao doente. Finalmente considera-se terem sido desenvolvidas as competências relacionadas com a pesquisa baseada na evidência aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica, reconhecendo a importância da investigação para a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica e, neste caso específico, à pessoa com RHTA e utilizando os conhecimentos de especialista para contribuir para o desenvolvimento de políticas e práticas de enfermagem baseadas na evidência no cuidado à pessoa com doença oncológica.



#### 4.1.4. Competências do 2º ciclo previstas para a obtenção do Grau de Mestre

Ao nível das competências do 2º ciclo previstas pelo Acordo de Bolonha relativamente à obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem (Artigo 15º do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março), consideram-se terem sido desenvolvidas as seguintes competências: foram demonstrados conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível mais aprofundado, tendo sido desenvolvidos, sobretudo, em contexto de investigação, através da realização da revisão *scoping* da literatura; foram aplicados os conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, nomeadamente, nos contextos dos diversos estágios realizados; foram demonstradas capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas ou emitir juízos, nomeadamente através de reflexões sobre as suas implicações e responsabilidades éticas e sociais, mas também na capacidade de sensibilizar e mobilizar a equipa multidisciplinar para a melhoria desta problemática; foram ainda demonstradas capacidades de comunicar as conclusões e os conhecimentos adquiridos de forma clara, nomeadamente com a elaboração do presente relatório. A elaboração de todo este trabalho permitiu desenvolver competências que permitiram uma aprendizagem permanente, de modo auto-orientado e autónomo, que contribuíram para o desenvolvimento académico e profissional.

#### 4.2. Pontos fortes e pontos fracos relativos à implementação do projeto

Como já anteriormente referido, o projeto é um processo dinâmico, sujeito a alterações e modificações, muitas vezes alheias à vontade dos elementos que nele participam. Porque “a enfermagem é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais” (Benner, 2001, p.18), os ambientes das práticas podem ser facilitadores ou criar constrangimentos no desenvolvimento e implementação de um projeto. A análise destes factores é também um contributo para a avaliação deste percurso de aprendizagem.

Neste caso, foram vários os pontos fortes associados ao desenvolvimento do projeto e que importam mencionar. Um dos principais aspetos facilitadores está



relacionado com a oportunidade de realização de estágios noutras unidades hospitalares durante o desenvolvimento do projeto, dando a possibilidade de conhecer novas realidades e retirar contributos para a fase de implementação do projeto. Outro aspeto facilitador do desenvolvimento e implementação do projeto está relacionado com a adesão e o envolvimento da equipa de enfermagem da Unidade Hospitalar D, que desde início se interessou pela problemática e no decorrer do projeto foi dando importantes contributos para o desenvolvimento das atividades, demonstrando receptividade à mudança, espírito de equipa e respeito profissional. Também a capacitação da equipa é um aspeto essencial e que se acredita ser um factor diferenciador para a melhoria das práticas, mas também um contributo fundamental para dar continuidade à implementação do projeto. Por outro lado, o envolvimento da equipa multidisciplinar, sobretudo por parte da equipa clínica de imunoalergologia, foi de modo surpreendente um dos pontos mais positivos e marcantes no desenvolvimento do projeto, pois revelou-se um apoio essencial na compreensão de alguns aspetos teórico-práticos relacionados com o tema, tendo os clínicos desempenhado um importante papel de consultores ao longo de todo o processo. Por fim, considera-se que a enfermeira responsável do serviço foi um elemento primordial na implementação do projeto, adotando-o não apenas como um projeto académico, mas como um projeto pertencente ao serviço, promovendo-o e dinamizando-o junto de todos os elementos da equipa multidisciplinar e dos superiores hierárquicos ao nível da organização.

Em oposição, consideram-se determinados aspetos que podem estar na origem de alguns constrangimentos relativos à implementação do projeto. Apesar de não se considerar o aspeto temporal como dificultador da implementação do projeto, por ser incontornável dado que era previamente conhecido, e porque todas as atividades inicialmente planeadas foram desenvolvidas com sucesso e em tempo útil, é lícito julgar que teria sido oportuno colocar em prática algumas das medidas preconizadas no guia orientador de boas práticas ou aplicado os instrumentos de suporte educacional aos doentes, no sentido de avaliar a sua utilidade prática e, se necessário, proceder a algumas retificações. Dada a limitação temporal imposta, todos os documentos elaborados ainda se encontravam em fase de revisão para posterior aprovação, pelo que não puderam ser utilizados até ao término do estágio. De qualquer modo, é certo que a implementação do projeto não se esgota no tempo para o qual foi estipulado, tendo sido realizado um compromisso com a equipa de

enfermagem, na sessão de apresentação de balanço final do projeto, de que este iria ser mantido, nomeadamente colocando em prática todas as aprendizagens desenvolvidas e, após estarem formalmente aprovados, utilizando todos os documentos desenvolvidos para a obtenção de resultados na qualidade dos cuidados. Por outro lado, apesar da imprevisibilidade da ocorrência deste evento adverso e, conseqüentemente, a impossibilidade de comprovar com indicadores objetivos os resultados do projeto obtidos nos clientes, por não se prever a sua existência, julga-se poder alcançar esta meta no futuro e que estes indicadores poderão surgir. Este será um exercício que será efetuado *a posteriori*, com o apoio da enfermeira responsável do serviço e da restante equipa de enfermagem no compromisso de continuar a implementação do projeto.

#### **4.3. Contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados**

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 – 2020 definida pelo Ministério da Saúde e monitorizada pela DGS tem “como principal missão potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde”, identificando a obrigação de instituições e profissionais de saúde assegurarem que os cuidados de saúde que prestam aos cidadãos respondem a critérios da qualidade (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de Maio, p.13552). A Qualidade em Saúde faz parte de um dos quatro Eixos Estratégicos do processo de implementação do Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020, que considera a melhoria da qualidade no sistema de saúde um imperativo moral, na medida em que contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, bem como da segurança e da adequação com que os cuidados são prestados, tendo em conta as necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível dos profissionais (DGS, 2015). Também a OE (2012, p.5) considera que “criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma ação prioritária”, devendo as associações profissionais da área da saúde assumir o seu papel na definição de padrões de qualidade, assim como as diversas estruturas institucionais e organizacionais criar condições para tal. Às instituições de saúde compete adequar os recursos, criar estruturas, proporcionar condições e criar um ambiente

favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros e ao exercício profissional de qualidade (OE, 2012).

O projeto foi delineado neste sentido, com o objetivo último de assegurar a segurança do doente e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com RHTA. Sendo os padrões de qualidade da OE (2012) um dos referenciais teóricos norteadores deste projeto, foram tidos em conta os seus enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional nesta análise reflexiva, relativa aos contributos da implementação do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados, nomeadamente, a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e, finalmente, a organização dos cuidados de enfermagem, que se analisam em seguida.

A satisfação do cliente é um indicador de qualidade do cuidado de enfermagem. Todas as atividades desenvolvidas na implementação do projeto foram delineadas tendo em conta a individualidade do doente e o respeito pelas suas capacidades, desejos e valores. A adoção de uma atitude empática, o estabelecimento de uma relação de parceria com o doente e o cuidado em envolver a família revelam-se aspetos fundamentais para o sucesso das intervenções relacionadas com a educação relativa às RHTA. Esta atitude por parte dos enfermeiros, quer na consulta de enfermagem, quer no acompanhamento contínuo do doente ao longo dos tratamentos, para além do ensino e de todos os esclarecimentos relacionados com as RHTA, complementado pelos instrumentos de suporte educacional desenvolvidos, permitirão minimizar o impacto negativo no doente provocado pela possibilidade e/ou ocorrência de RHTA e melhorar a satisfação do doente e da sua família.

Os enunciados relativos à promoção da saúde e à prevenção de complicações podem ser analisados em simultâneo pois, neste caso específico, estão associados a intervenções semelhantes. Neste âmbito, foram relacionadas as intervenções de enfermagem associadas à prevenção e ao diagnóstico das RHTA, distinguindo-se, neste caso, a capacitação da equipa como um meio para a melhoria da prestação de cuidados, pois uma equipa informada sente-se mais segura e competente na prestação de cuidados. A este nível, também a educação do utente é um importante contributo para a melhoria da qualidade, pois o facto de o enfermeiro fornecer ferramentas para que este se torne capaz de compreender e identificar as

RHS, estimula a sua autonomia e permite que se torne um parceiro nos cuidados relativamente à detecção de RHS, para além de diminuir os seus níveis de ansiedade e melhorar o seu bem-estar associados a este tipo de eventos.

Ao nível do enunciado do bem-estar e autocuidado consideram-se as intervenções relacionadas com a gestão das RHTA, nomeadamente com a prescrição das intervenções de enfermagem explícitas no guia orientador de boas práticas, redigido com o rigor técnico-científico exigido e que são um meio de suporte para os enfermeiros ancorarem os seus cuidados. Outro aspeto que veio contribuir para a melhoria da qualidade do serviço e que está relacionado com este enunciado descritivo é a formalização da referenciação para a equipa multidisciplinar, através da elaboração da norma de articulação entre serviços, para além de se ter conseguido melhorar significativamente as relações multidisciplinares entre ambos sendo que, no caso da abordagem das RHTA, a sinergia entre as especialidades de oncologia e imunoalergologia é um importante indicador de qualidade.

Em termos de readaptação funcional, caso ocorra uma RHTA, o facto de o enfermeiro estar mais capacitado para realizar os ensinamentos sobre o evento e os cuidados a ter no domicílio, estar desperto para a importância de explicar os regimes terapêuticos, envolver sempre a família em todos os ensinamentos realizados e tranquilizar o doente e família após a ocorrência do evento, são elementos importantes para que o doente se possa adaptar a este acontecimento adverso e não queira desistir do regime terapêutico, o que se revela mais um contributo de melhoria trazido pelo projeto. Relativamente à importância da continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem descrita neste enunciado, esta é inerente ao ensino realizado ao doente para os cuidados a ter no domicílio relativamente à possibilidade de ocorrência de RHTA tardias. No entanto, na apresentação do balanço final do projeto foi considerada entre a equipa de enfermagem a possibilidade de ser implementado um contacto telefónico de *follow-up* à pessoa com RHTA, no sentido de avaliar posteriormente o estado do doente relativamente à ocorrência daquele evento adverso. Esta não foi uma atividade prevista no projeto, mas acabou por ser uma sugestão que, futuramente poderá vir a ser mais um indicador de resultado relativo à sua implementação.

Finalmente, em termos de organização dos cuidados de enfermagem, o projeto veio melhorar as práticas do registo e documentação da RHS de acordo com

o sugerido pela evidência científica, para além de alertar e incentivar à notificação destes eventos adversos a nível institucional. Conforme já referido, o projeto contribuiu para o aumento da satisfação da equipa de enfermagem, que acabou por ser parte integrante da sua implementação, ao trazer uma série de recursos teóricos e práticos que certamente irão contribuir para a melhoria da sua prática. Pretende-se que a implementação deste projeto seja um legado que sirva de garantia à continuidade da melhoria da qualidade dos cuidados no âmbito das intervenções de enfermagem à pessoa com RHTA, nomeadamente mantendo a realização de formação contínua e atualizada nesta área de intervenção para além de, a nível pessoal, passar a ser um elemento orientador e consultor dentro da equipa de enfermagem e um elo de ligação junto da equipa multidisciplinar.

Também nos Estágios I e II, realizados anteriormente à implementação do projeto no próprio contexto, foi possível deixar alguns contributos na melhoria dos cuidados prestados à pessoa com RHTA, nomeadamente ao nível do suporte educativo ao doente, com a realização dos instrumentos de suporte educacional já mencionados no capítulo anterior. Na Unidade Hospitalar B onde foi realizado o Estágio II acabou por ser aproveitado o contributo deixado por este projeto no serviço, tendo sido criado posteriormente um elo de ligação entre os HDI e o HDO, na pessoa da enfermeira de referência que orientou este estágio, para além da implementação da norma de articulação entre os serviços, o que demonstra que o projeto veio contribuir para colmatar uma das dificuldades identificadas naquela equipa.

Tendo em conta o atrás exposto, considera-se que o projeto de intervenção no âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa com RHTA veio dar resposta aos problemas inicialmente identificados, tendo os seus resultados revelado enormes contributos, nomeadamente ao nível da criação de condições para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na Unidade Hospitalar D, bem como no âmbito do desenvolvimento pessoal e profissional.

## **5. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS**

Na atualidade as RHTA assumem ainda pouca relevância e raramente são abordadas no âmbito da oncologia. No entanto, estes eventos adversos têm um grande impacto ao nível do bem-estar e qualidade de vida do doente oncológico, dando origem a sentimentos de medo, ansiedade e insegurança, para além de influenciarem o decurso do tratamento e os seus resultados terapêuticos. Estes eventos adversos representam para a equipa de saúde enormes desafios, sobretudo para os enfermeiros que administram a terapêutica antineoplásica e acompanham todo o processo de tratamento. A realização de um projeto nesta área de intervenção revelou-se, assim, pertinente e necessária, embora extremamente desafiante, dada a complexidade do tema, integrado em duas áreas de especialidade distintas, e a pouca evidência científica disponível. O enfermeiro pode ter um papel diferenciador no cuidado da pessoa com RHTA, intervindo ao nível da prevenção, diagnóstico e gestão das RHS, assim como na educação do doente face às RHTA, de forma a minimizar complicações e garantir o bem-estar e a satisfação do doente, aspetos fundamentais na melhoria da qualidade dos cuidados.

A elaboração do presente relatório foi de encontro aos objetivos inicialmente definidos e permitiu espelhar e consolidar as aprendizagens efetuadas ao longo deste percurso de desenvolvimento académico e profissional. Numa análise retrospectiva, considera-se que a implementação do projeto e posterior elaboração do relatório permitiram integrar conhecimentos, desenvolver a capacidade de análise e de julgamento crítico e garantir processos de tomada de decisão partilhada, aspectos que se revelaram um importante contributo para o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica e das competências do 2º ciclo do ensino superior, correspondente ao Grau de Mestre em Enfermagem.

A análise reflexiva sobre a evolução deste percurso foi suportada no modelo teórico de Benner (2001), pela relevância dada à aprendizagem experiencial e à importância da articulação entre o conhecimento teórico e o conhecimento prático no sucesso do desenvolvimento profissional. Neste sentido, considera-se que a realização dos estágios profissionais nas diversas unidades hospitalares foi um contributo essencial para desenvolver novos conhecimentos e integrar novas

aprendizagens, sobretudo através da partilha de experiências com peritos nesta área de intervenção e da observação e reflexão crítica sobre as práticas.

O planeamento e execução das atividades do projeto, a elaboração das reflexões críticas sobre as práticas observadas, bem como todas as tomadas de decisão foram sustentadas na melhor evidência disponível, dando sustentabilidade científica ao projeto, para além de permitir desenvolver competências na área da investigação, aspetos consideravelmente importantes nesta fase de aprendizagem e desenvolvimento profissional e que, simultaneamente, contribuem para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem. Não obstante, por forma a melhorar a prática de cuidados, todos estes procedimentos foram baseados no paradigma do CCP (McCormack & McCance, 2006), que permitiu manter o foco dos cuidados e das intervenções de enfermagem no doente e na sua família, garantindo a sua individualidade, promovendo a sua autonomia e *empowerment* e estabelecendo uma relação de parceria, imprescindível para o sucesso dos cuidados e a prevenção de complicações relativamente às RHTA.

De um modo geral, considera-se que o projeto contribuiu para a capacitação e a motivação da equipa de enfermagem, incentivou a reflexão sobre as práticas, contribuiu para a discussão e partilha, permitiu a uniformização dos procedimentos, promoveu a interdisciplinaridade, contribuiu para uma prática baseada na evidência, promoveu cuidados centrados na individualidade da pessoa, promoveu o bem-estar e segurança do doente e motivou a equipa a desenvolver novos projetos. Por estes motivos, considera-se que através da implementação deste projeto foram criadas condições para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com RHTA.

O relatório encerra um importante capítulo de aprendizagem, no entanto, não se esgota no trabalho até aqui desenvolvido e representa um ponto de partida para novos desafios e oportunidades de melhoria contínua. Perante o compromisso pessoal e da equipa de enfermagem serão feitos esforços para, futuramente, dar continuidade à implementação deste projeto e abrir espaço a novos projetos de melhoria da qualidade no serviço. Assim, é esperado que seja dada continuidade às atividades programadas que ficaram em fase de revisão, nomeadamente, normas de procedimento e restantes documentos elaborados, cuja implementação formal carece de autorização pelos diversos organismos competentes ao nível da instituição.

A nível futuro foi ainda considerada entre a equipa de enfermagem a possibilidade de implementar uma consulta telefónica de avaliação subsequente da pessoa com RHTA, por forma a avaliar o agravamento de sintomas e a possibilidade de ocorrência de reações bifásicas, assim como para avaliar a adesão da terapêutica profilática, quando prescrita e a capacidade de *coping* do doente relativamente a este evento adverso, averiguando a necessidade de observação médica ou de enfermagem. Considera-se igualmente um dos principais objetivos futuros melhorar a taxa de notificação de eventos adversos relacionados com as RHTA, acreditando que se situe na ordem dos 100% na continuidade da implementação deste projeto. Além disso, pretende-se continuar a desenvolver um papel ativo no seio da equipa multidisciplinar, nomeadamente através de consultoria e da formação contínua e atualizada relacionada com esta área de intervenção. No sentido de dar visibilidade e expressão ao projeto, considera-se a possibilidade de divulgar os seus resultados em comunicações orais e escritas, não apenas a nível interno na organização, mas sobretudo noutros espaços ou eventos de caráter social e formativo, no sentido de promover e dar visibilidade à importância desta temática, bem como os seus contributos para a melhoria dos cuidados ao doente oncológico. Parece ser pertinente a elaboração e publicação de um artigo, dada a escassez de evidência encontrada nesta área temática.

Este foi um complexo, mas estimulante percurso de desenvolvimento pessoal e profissional, que permitiu a implementação de um projeto para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, introduzindo inovação numa área específica de enfermagem oncológica ainda pouco explorada. Para além da sua especificidade, a sua aplicação e intrínseca inovação promovem uma contínua reflexão e uma aprendizagem constante no sentido do aperfeiçoamento e excelência da prestação de cuidados de enfermagem.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2004). Significado da teoria para a enfermagem, enquanto disciplina e profissão. In A. M Tomey & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed.). (pp. 15-34). Loures: Lusociência.
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005) Scoping studies: towards a methodological framewor. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. Acedido a 12.10.2017. Disponível em <http://www.journalsonline.tandf.co.uk/openurl.asp?genre=article&eissn=1464-5300&volume=8&issue=1&spage=19>.
- Baldo, P. & Paoli, P. (2014). Pharmacovigilance in oncology: evaluation of current practice and future perspectives. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20, 559-569. DOI: 10/1111/jep.12184.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Breslin, S. (2007). Cytokine-release syndrome: Overview and nursing implications. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(1), 37-42. DOI: 10.1188/07.CJON.S1.37-42.
- Caiado, J. (2016). Hipersensibilidade a fármacos: tratar, documentar, dessensibilizar. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 24(2), 111-114. Acedido a 28.02.2017. Disponível em [https://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/hipersensibilidade-a-farmacos-%E2%80%93-tratar-documentar-e-dessensibilizar.pdf](https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/hipersensibilidade-a-farmacos-%E2%80%93-tratar-documentar-e-dessensibilizar.pdf)
- Chadda, S.; Larkin, M.; Jones, C.; Sykes, D.; Barber, B.; Zhao, Z.; Gao, S.; Bengtson, N. (2013). The impact of infusion reactions associated with monoclonal antibodies in metastatic colorectal cancer: a european perspective. *Journal of Oncology Pharmacy Practic*, 19(1), 38-47. DOI: 10.1177/1078155212451197
- Coordenação Nacional para as Doenças Oncológica (2009). *Requisitos para a prestação de cuidados em oncologia*. Alto Comissariado da Saúde. Acedido a

21.02.1018. Disponível em <http://www.europacoln.pt/Files/Ficheiros/PDFs/Noticias/RequisitosparaaPrestacaodeCuidadosemOncologia.pdf>.

Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março (2006). Aprova o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior. Diário da República, I Série A, n.º 60 (24-03-2006). 2242-2257. Acedido a 26.02.2018. Disponível em [https://www.fct.pt/apoios/bolsas/DL\\_74\\_2006.pdf](https://www.fct.pt/apoios/bolsas/DL_74_2006.pdf).

Decreto-Lei n.º 115/2013 de 07 de Agosto (2013). Procede à terceira alteração ao Decreto-lei n.º 74/2006, de 24 de março, que aprova o Regime Jurídico dos Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 11.º a 17.º da Lei n.º 46/86, de 14 de outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo). Diário da República, I Série, n.º 151 (07-08-2013) 4749-4772. Acedido a 10.03.2018. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/498487>.

Despacho n.º 5613/2015 de 27 de Maio (2015). Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República, II Série, n.º 102 (27-05-2015) 13550-13553. Acedido a 10.03.2018. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/67324029>.

Demoly, P.; Adkinson, N. F.; Brockow, K.; Castells, M.; Chiriac, A. M.; Greenberger, P.A.; Khan, D. A. ...Yu-Hor Thong, B. (2014). International consensus on drug allergy. *Allergy – European Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 69, 420-437. DOI: 10.1111/all.12350.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Portugal: doenças oncológicas em números – 2013. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Acedido a 01.05.2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2013.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2015). Plano nacional de saúde: revisão e extensão a 2020. Acedido a 10.03.2018. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>.

- Direção-Geral da Saúde (2016). *Portugal: doenças oncológicas em números – 2015. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Acedido a 01.05.2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-201511.aspx>.
- Domenico, E. B. L. D. & Ide, C. A. C. (2003). Enfermagem baseada em evidências: Princípios e aplicabilidades. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(1), 115-118. Acedido a 23.02.2018. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1743/1788>.
- European Oncology Nursing Society (2013). *EONS Cancer Nursing Curriculum 2013* (4th ed.). EONS. Acedido a 27.05.2017. Disponível em <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf>
- Ferlay J.; Soerjomataram I.; Ervik M.; Dikshit R.; Eser S.; Mathers C.; Rebelo M. ...Bray, F. (2013). *GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase Nº. 11* [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer. Acedido a 20/02/2018. Disponível em <http://globocan.iarc.fr>.
- Gallimore, E. (2016). Infusion-related risks associated with chemotherapy. *Nursing Standard*, 30 (25), 51-58. DOI: 10.7748/ns.30.25.51.s48
- Gobel, B. H. (2005). Chemotherapy-Induced Hypersensitivity Reactions. *Oncology Nursing Forum*, 32(5), 1027-1035. DOI: 10.1188/05.ONF.1027-1035.
- Gruchalla, R. S. (2003). Drug allergy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 111, 548-559. DOI:10.1067/mai.2003.93
- Jacobson, J. O.; Polovich, M.; McNiff, K.; LeFebvre, K.; Cummings, C.; Galioto, M.; Bonelli, K. & McCorkle, M. R. (2009). American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards. *Oncology Nursing Forum*, 36(6), 651-658. DOI: 10.1188/09.ONF.651-658.
- Johansson, S. G. O.; Hourihane, J. O'B.; Bousquet, J.; Bruijnzeel-Koomen, C.; Dreborg, S.; Haahtela, T.; Kowalski, M. L.; ... Wüthrich, T. H. (2001). A revised nomenclature for allergy: An EAACI position statement from the EAACI

nomenclature task force. *Allergy*, 56, 813-824. Acedido a 18.04.2018. Disponível em [http://www.eaaci.org/attachments/900\\_Nomenclature.pdf](http://www.eaaci.org/attachments/900_Nomenclature.pdf)

Johansson, S. G. O.; Bieber, T.; Dahl, R.; Friedmann, P. S.; Lanier, B. Q.; Lockey, R. F.; Motala, C.; ... Williams, H. C. (2004). Revised nomenclature for allergy for global use: report for the nomenclature review committee of the World Allergy Organization, October 2003. *American Academy of Allergy, Asthma and Immunology*, 113(5), 831-836. DOI: 10.1016/j.jaci.2003.12.591.

Jakel, P.; Carsten, C.; Braskett, M. & Carino, A. (2016a). Nursing care of patients undergoing chemotherapy desensitization: part I. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(1), 29-32. DOI: 10.1188/16.CJON.29-32.

Jakel, P.; Carsten, C.; Carino, A. & Braskett, M. (2016b). Nursing care of patients undergoing chemotherapy desensitization: part II. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(2), 137-139. DOI: 10.1188/16.CJON.137-139.

Lenz, H. J. (2007). Management and preparedness for infusion and hypersensitivity reactions. *Oncologist*, 12, 601-609. DOI: 10.1634/theoncologist.12-5-601

McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x

McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: theory and practice*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

Melnyk, B. M. (2017). The foundation for improving healthcare quality, patient outcomes & costs with evidence-based practice. In B. M. Melnyk; L. Gallagher-Ford & E. Fineout-Overholt. *Implementing the evidence-based practice competencies in healthcare: a practical guide for improving quality, safety, and outcomes*. (pp. 3-18). Indianapolis: Sigma Theta Tau International

Mezzano, V.; Giavina-Bianchi, P.; Picard, M.; Caiado, J. & Castells, M. (2014). Drug desensitization in the management of hypersensitivity reactions to monoclonal antibodies and chemotherapy. *BioDrugs*, 28, 133-144. DOI: 10.1007/s40259-013-0066-x

Miranda, N.; Gervásio, M. H.; Luz, R.; Espírito Santo, J.; Moreira, A.; Pereira, D. & Matias, A. (2015). *Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência de oncologia médica*. Acedido a 26.02.2018. Disponível em <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RelatorioFinalOncologiaM%C3%A9dica.pdf>.

National Cancer Institute (2010). Common terminology criteria for adverse events. version 4.03. United States Department of Health and Human Services, National Institute of Health. Acedido a 13.03.2017. Disponível em [https://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE\\_4.03\\_2010-06-14\\_QuickReference\\_5x7.pdf](https://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_2010-06-14_QuickReference_5x7.pdf).

Neuss, M.; Gilmore, T.; Belderson, K.; Billett, A.; Conti-Kalchik, T.; Harvey, B.; Hendricks, C.; ... Polovich, M. (2017). 2016 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards, including standards of Pediatric Oncology. *Oncology Nursing Forum*, 44(1), 31-43. DOI: 10.1188/17.ONF.31-43.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Acedido a 17.01.2018. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend\\_Manuais\\_BPraticas.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista*. Acedido a 15.04.2017. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Acedido a 25.05.2017. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa*. Acedido a 25.05.2017. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros>.

pt/colegios/Documents/MCEEMC\_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual/enunciados descritivos*. Acedido a 20.02.2017. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

Paiva e Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1–2), 11–20.

Portaria n.º 82/2014 de 10 de Abril (2014). Estabelece os critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, e o seu posicionamento da rede hospitalar e procede à sua classificação. Diário da República, I Série, n.º 71 (10-04-2014) 2364-2366. Acedido a 26.02.2018. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/25343991>.

Portaria n.º 306 – A/2011 de 20 de Dezembro (2011). Aprova os valores das taxas moderadoras do Serviço Nacional de Saúde, bem como as respectivas regras de apuramento e cobrança. Diário da República, I Série, n.º 242 (20-12-2011) 5348(2)-5348(4). Acedido a 07.03.2018. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/477277>.

Regateiro, F. & Faria, E. (2016). Mecanismos imunopatológicos das reações de hipersensibilidade a fármacos. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*, 24(2), 63-78. Acedido a 17.04.2017. Disponível em [http://www.scielo.mec.pt/pdf/imu/v24n2/24n2\\_a02.pdf](http://www.scielo.mec.pt/pdf/imu/v24n2/24n2_a02.pdf).

Romano, A.; Torres, M. J.; Castells, M.; Sanz, M. L. & Blanca, M. (2011). Diagnosis and management of drug hypersensitivity reactions. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 127, 67-73. DOI: 10.1016/j.jaci.2010.11.047.

Roper, N.; Logan, W. & Tierney, A. J. (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi

- Roselló, S.; Blasco, I.; García Fabregat, L.; Cervantes, A. & Jordan, K. (2017). Management of infusion reactions to systemic anticancer therapy: ESMO Clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*, 28(4), 100-118. DOI: 10.1093/annonc/mdx216.
- Ruivo, M. A.; Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-37. Acedido a 25.05.2017. Disponível em <https://pt.scribd.com/document/241273228/Metodologia-de-Projecto>.
- Rycroft-Malone, J.; Seers, K.; Titchen, A.; Harvey, G.; Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81-90. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x
- Shelton, B. & Shivnan, J. C. (2011). Acute hypersensitivity reactions: What nurses need to know. *Johns Hopkins Nursing*, 9(1), 34-36. Disponível em <http://magazine.nursing.jhu.edu/2011/04/acute-hypersensitivity-reactions-what-nurses-need-to-know/>. Acedido a 27.10.2017.
- Sloane, D.; Govindarajulu, U.; Harrow-Mortelliti, J.; Barry, W.; Ida Hsu, F.; Hong, D.; Laidlaw, T;... Castells, M. (2016). Safety, costs, and efficacy of rapid drug desensitizations to chemotherapy and monoclonal antibodies. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 1-8. DOI: 10.1016/j.jaip.2015.12.019
- Tavernier, S. S. (2014). Evidence-based symptom management. In C. H. Yarbro, D. Wujcik & B. H. Gobel (Eds). *Cancer symptom management* (4ª ed). (pp. 3-9). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Australia: The Joanna Briggs Institute. Acedido a 02.10.2017. Disponível em [https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual\\_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews\\_2015\\_v2.pdf](https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf)
- Viale, P. H. & Yamamoto, D. S. (2009). Biphasic and Delayed Hipersensitivity Reactions: Implications for Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(3), 347-356. DOI: 10.1188/10.CJON.347-356.

- Vogel, W. H. (2010). Infusion reactions: diagnosis, assessment and management. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 10-21. DOI: 10.1188/10.CJON.E10-E21.
- Vogel, W. H. (2014). Hypersensitivity reactions to antineoplastic drugs. In C. H. Yarbro, D. Wujcik & B. H. Gobel (Eds). *Symptom management* (4<sup>a</sup> ed.). (pp. 115-130). Burlington: Jones & Bartlett Learning
- Wilkes, G. (2008). Managing drug infusion reactions: focus on cetuximab monoclonal antibody therapy. *Cinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 530-532. DOI: 10.1188/08.CJON.530-532
- Winkeljohn, D. & Polovich, M. (2006). Carboplatin Hypersensitivity Reactions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(5), 595-598. DOI: 10.1188/06.CJON.595-598.
- World Health Organization. (1972). International drug monitoring: The role of national centres. Report of a WHO meeting. *World Health Organizations Techical Report Series*. 498. Geneva: WHO. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40968/1/WHO\\_TRS\\_498.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40968/1/WHO_TRS_498.pdf). Acedido a 06.12.2017.
- World Health Organization (2018). *Cancer: Fact sheet*. Acedido a 20.02.2018. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- Zetka, E. S. (2012). The Essentials of chemotherapy-induced infusion reactions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(5), 527-529. DOI: 10.1188/12.CJON.527-529.



## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

Sondagem de opinião aplicada à equipa de enfermagem do Hospital de Dia de  
Oncologia da Unidade Hospitalar D

## **SONDAGEM DE OPINIÃO**

### **Hospital de Dia de Oncologia da Unidade Hospitalar D**

No âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização Médico-Cirúrgica – Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica – encontro-me a desenvolver um Projeto de Intervenção subordinado ao tema “Reação de Hipersensibilidade à Terapêutica Antineoplásica: Cuidados de Enfermagem em Hospital de Dia”.

Este projeto pretende o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista nesta área de intervenção, contribuindo para a melhoria das práticas e da qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço.

É fundamental conhecer a opinião da equipa de enfermagem relativamente ao interesse e à pertinência do tema, bem como identificar as suas principais dificuldades quando se depara com reações de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica (RHTA).

Deste modo, solicito o preenchimento do questionário abaixo indicado, cujos dados serão anónimos e confidenciais. A sua participação é fundamental para que o desenvolvimento deste projeto possa ir de encontro às necessidades do serviço e da sua equipa de enfermagem.

Grata pela sua colaboração!

Atentamente,

Inês Gonçalves Vicente Claro

## 1. Caracterização Profissional

1.1. Tempo de exercício profissional \_\_\_\_\_

1.2. Tempo de exercício no Hospital de Dia de Oncologia \_\_\_\_\_

1.3. Grau de ensino

☐ Licenciatura

☐ Pós-graduação (Especifique \_\_\_\_\_)

☐ Especialidade (Especifique \_\_\_\_\_)

☐ Mestrado (Especifique \_\_\_\_\_)

## 2. Considera pertinente e necessário que a temática relacionada com as RHTA seja trabalhada no serviço?

☐ Sim

☐ Não

☐ Sem opinião

## 3. Tendo em conta a sua perceção, considera que as RHTA ocorrem de forma frequente no serviço?

☐ Sim

☐ Não

☐ Sem perceção

## 4. Aponte as principais dificuldades relativamente às RHTA na sua prática de cuidados.

---

---

## 5. Aponte as principais facilidades relativamente às RHTA na sua prática de cuidados.

---

---

**6. Considera que os registos de enfermagem são adequados e descrevem de forma abrangente e efetiva as RHTA?**

- ☐ Sim  
☐ Não  
☐ Sem opinião

**7. Sente necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área de intervenção de enfermagem à pessoa com RHTA?**

- ☐ Sim  
☐ Não  
☐ Sem opinião

**8. Considera que a formação nesta área pode influenciar de forma positiva a sua prática profissional, bem como a melhoria dos cuidados?**

- ☐ Sim  
☐ Não  
☐ Sem opinião

**9. Que outros aspetos considera relevantes em relação às RHTA?**

---

---

Obrigado pela sua participação!

Inês Gonçalves Vicente Claro  
Junho de 2017

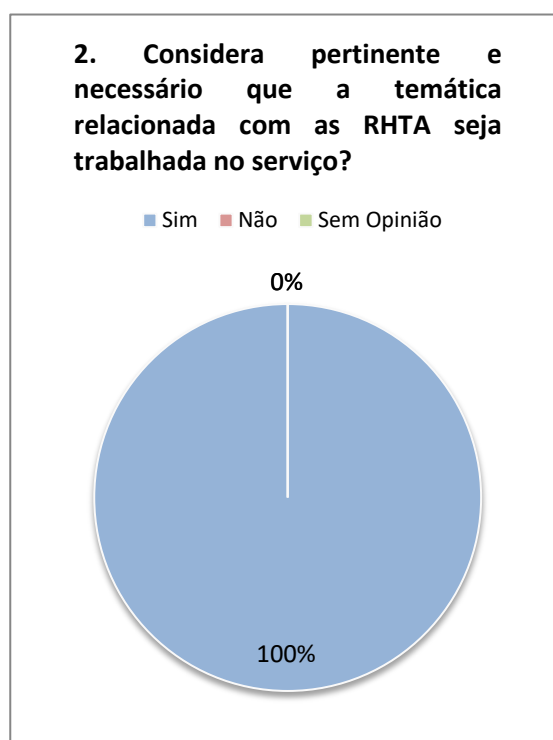
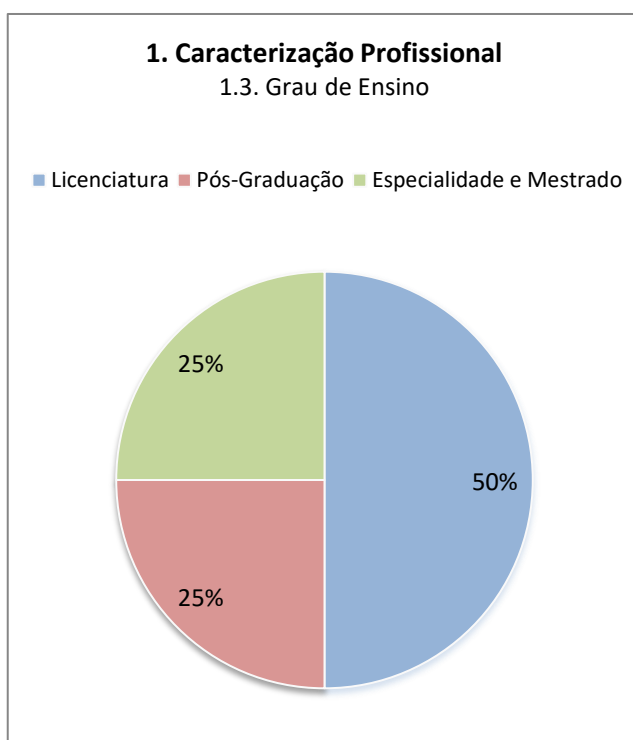
## **APÊNDICE II**

Apresentação dos resultados da sondagem de opinião aplicada à equipa de enfermagem do Hospital de Dia de Oncologia da Unidade Hospitalar D

## RESULTADOS DA SONDAAGEM DE OPINIÃO

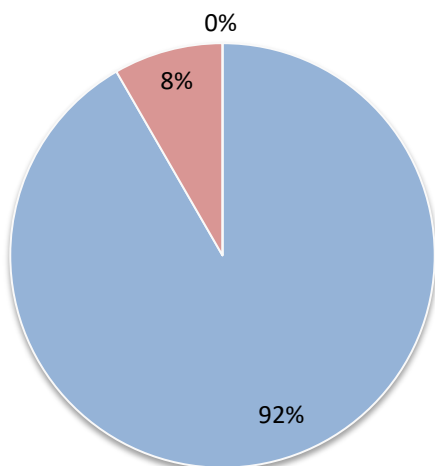
### Unidade Hospitalar D

A sondagem de opinião foi aplicada à equipa de enfermagem do Hospital de Dia de Oncologia da Unidade Hospitalar D, com o propósito de conhecer a opinião da equipa do serviço onde foi implementado o projeto de intervenção, relativamente ao interesse e pertinência do tema. Num universo de 19 enfermeiros que constituíam a equipa de enfermagem deste serviço no momento em que foi realizada esta sondagem de opinião, foi obtida uma participação de 12 elementos (63%). Seguidamente encontram-se representados os resultados obtidos em cada questão.



**3. Tendo em conta a sua percepção, considera que as RHTA ocorrem de forma frequente no serviço?**

■ sim ■ não ■ sem opinião



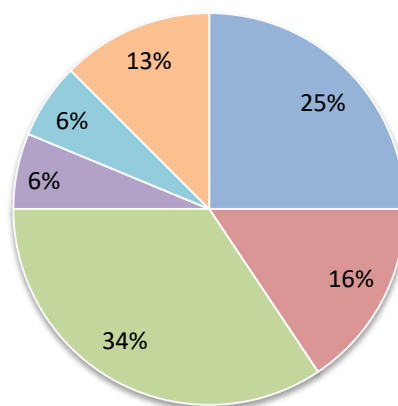
**4. Aponte as principais dificuldades relativamente às RHTA na sua prática de cuidados.**

■ Espaço físico inadequado

■ Apoio médico inadequado

■ Inexistência de um protocolo de atuação

■ Inexistência de um protocolo de articulação entre os serviços de HDia Oncologia e Imunoalergologia

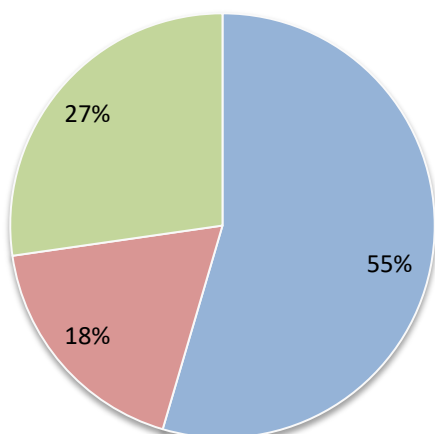


**5. Aponte as principais facilidades relativamente às RHTA na sua prática de cuidados**

■ Apoio da Equipa Clínica de Imunoalergologia

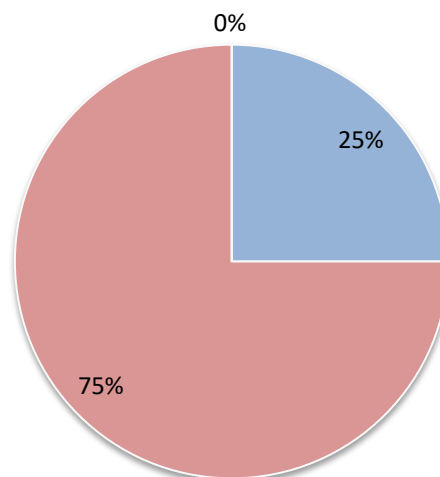
■ Apoio da Equipa de Emergência Interna da Instituição

■ Capacidade de atuação da equipa de enfermagem



**6. Considera pertinente que os registos de enfermagem são adequados e descrevem de forma abrangente e efetiva as RHTA?**

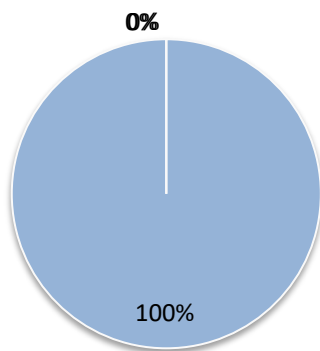
■ Sim ■ Não ■ Sem opinião





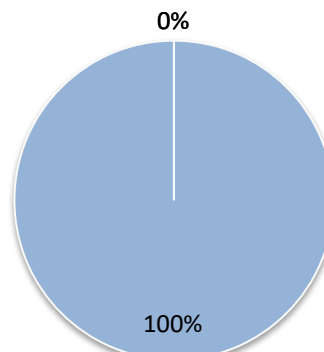
**7. Sente necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área de intervenção de enfermagem à pessoa com RHTA?**

■ Sim ■ Não ■ Sem Opinião



**8. Considera que a formação nesta área pode influenciar de forma positiva a sua prática profissional, bem como a melhoria dos cuidados?**

■ Sim ■ Não ■ Sem Opinião



**Nota:**

Os resultados relativos à questão n.º 9 da sondagem de opinião [*Que outros aspetos considera relevantes em relação às RHTA?*] foram agregados aos resultados das questões n.º 4 e 5, uma vez que os participantes repetiram aspetos relacionados com facilidades e/ou dificuldades relativas às RHTA na resposta a esta questão.

## **APÊNDICE III**

Matriz de análise SWOT para a implementação do projeto

## MATRIZ DE ANÁLISE SWOT

No sentido de avaliar as condições para o desenvolvimento do presente projeto, foi elaborada uma análise SWOT onde foram avaliadas as variáveis internas e externas e identificadas as forças (*strengths*), as fraquezas (*weaknesses*), as oportunidades (*opportunities*) e as ameaças (*threats*), passíveis de influenciar a sua implementação no serviço.

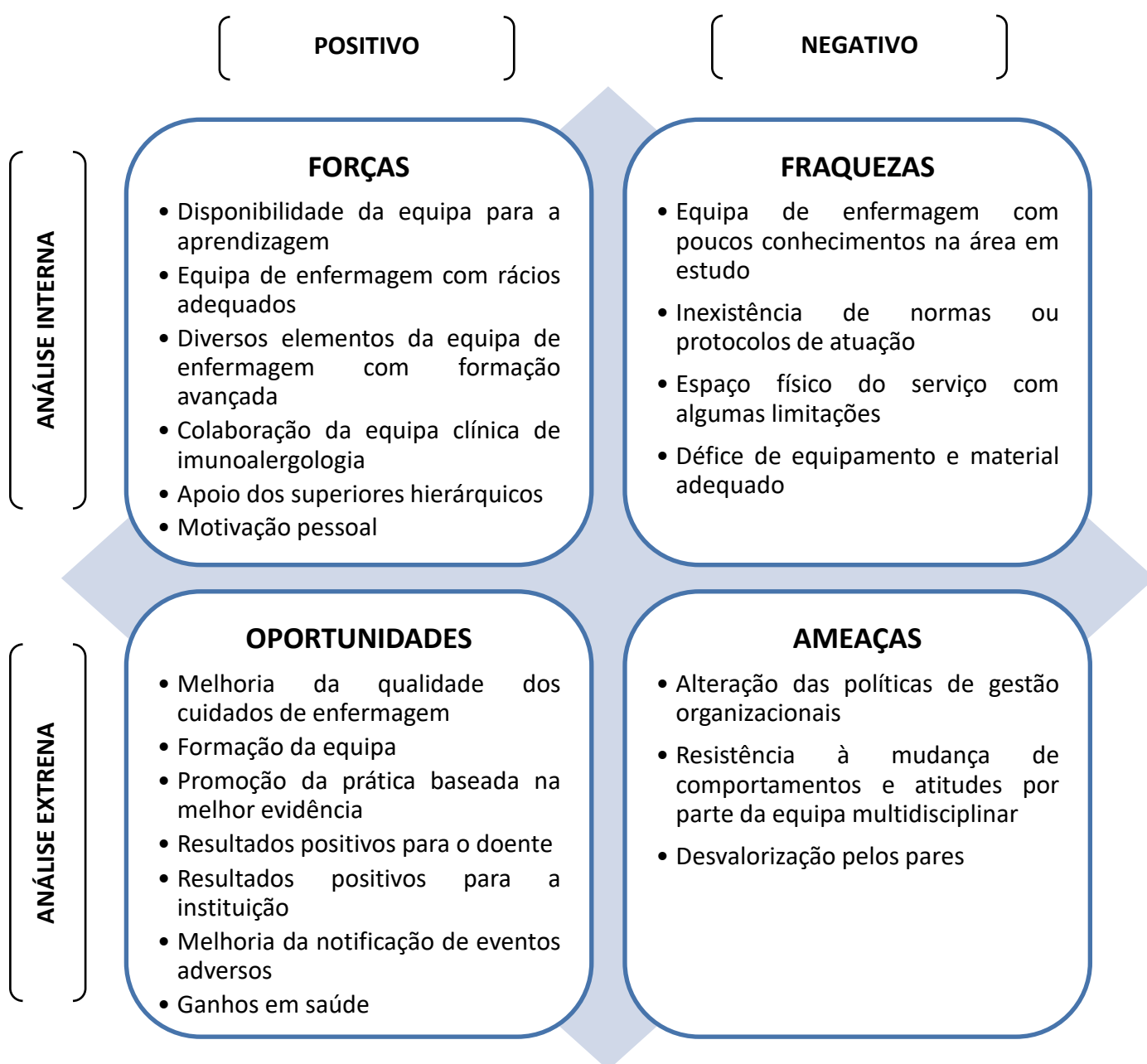


Figura 1 - Matriz de Análise SWOT para a implementação do projeto

## **APÊNDICE IV**

Cronograma referente à realização dos estágios

Meses Semanas N.º Turnos		Ano 2017												Ano 2018											
		Set.	Outubro					Novembro				Dezembro			Janeiro						Fevereiro				
		25 a 29	02 a 06	09 a 13	16 a 20	23 a 27	30 a 03	06 a 10	13 a 17	20 a 24	27 a 01	04 a 08	11 a 15	18 Dez a 01 Jan	02 a 05	08 a 12	15 a 19	22 a 26	29 a 02	05 a 09	12 a 16	19 a 23	26 a 02		
Estágios	5	4	5	2	2	2	1	3	3	3	3	3	FÉRIAS DE NATAL	3	4	3	4	3	3	Elaboração e Apresentação do Relatório de Estágio					
Estágio I																									
Estágio II																									
Estágio III																									
Estágio IV																									

**Legenda:**

- Estágio I – HDO da Unidade Hospitalar A (total de 112 horas)
- Estágio II – HDI da Unidade Hospitalar B (total de 56 horas)
- Estágio III – HDO da Unidade Hospitalar C (total de 96 horas)
- Estágio IV – HDO da Unidade Hospitalar D (total de 184 horas)

## **APÊNDICE V**

Descrição dos objetivos, atividades e resultados esperados

**Objectivo Geral**

1. Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com RHTA em contexto de hospital de dia.

**Locais de Estágio / Período de Estágio**

Estágio I – HDO da Unidade Hospitalar A (25 de Setembro a 13 de Outubro de 2017)

Estágio II – HDI da Unidade Hospitalar B (16 de Outubro a 10 de Novembro de 2017)

Estágio III – HDO da Unidade Hospitalar C (13 Novembro a 08 de Dezembro de 2017)

**Domínio de Competências:**Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal*

- ✓ A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção
- ✓ A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

*Domínio da melhoria da qualidade*

- ✓ B1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática

*Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

- ✓ D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade
- ✓ D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

- ✓ K1.1. Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

- ✓ L5. Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida

Competências do Core Curriculum da EONS*Competências relacionadas com a avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro*

- ✓ Utiliza de forma crítica a pesquisa baseada na evidência na gestão de enfermagem relativamente aos sintomas da doença oncológica e efeitos secundários dos tratamentos
- ✓ Demonstra conhecimentos sobre a administração segura de terapêutica e as intervenções de enfermagem necessárias para gerir uma reação adversa ao tratamento oncológico

*Competências relacionadas com a informação e comunicação à pessoa com doença oncológica*

- ✓ Reconhece a importância da comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar nos cuidados de suporte ao doente

*Competências relacionadas com a pesquisa baseada na evidência aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica*

- ✓ Reconhece a importância da investigação para a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica

#### Descritores de Dublin

- ✓ Demonstra conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível mais aprofundado, sendo capaz de os desenvolver, nomeadamente, em contexto de investigação
- ✓ Aplica os conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares
- ✓ Demonstra capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas ou emitir juízos, incluindo reflexões sobre as suas implicações e responsabilidades éticas e sociais
- ✓ Demonstra capacidade de comunicar as suas conclusões e conhecimentos de forma clara
- ✓ Desenvolve competências que permitem uma aprendizagem permanente de modo auto-orientado e autónomo

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
1.1. Integrar de modo progressivo a equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional e organizacional	Apresentação do projeto de estágio no serviço onde é realizado o estágio	<u>Humanos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Enfermeira chefe</li> <li>– Enfermeira orientadora</li> <li>– Equipa de enfermagem</li> <li>– Equipa multidisciplinar</li> </ul>	<p>Realiza a sessão de apresentação do projeto de estágio aos elementos da equipa de enfermagem</p> <p>Obtém a participação de 80% da equipa de enfermagem na sessão de apresentação do projeto.</p> <p>Aplica instrumento de avaliação da pertinência da sessão</p>
	Realização de visita guiada ao serviço	<u>Materiais:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Normas, protocolos e restante material de apoio pertencente ao serviço</li> <li>– Projetor de imagem</li> <li>– Computador</li> </ul>	<p>Apresenta, por escrito, a caracterização do serviço tendo em conta a sua dinâmica funcional e organizacional</p>
	Consulta de normas, protocolos e todo o material de apoio pertencente ao serviço	<u>Locais:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Estágios I, II e III</li> </ul> <u>Temporais:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Disponível no cronograma de atividades</li> </ul>	



1.2. Analisar a prática da equipa multidisciplinar à pessoa em regime de tratamento antineoplásico em contexto de hospital de dia, sobretudo nos cuidados relacionados com as RHTA	Consulta de documentação orientadora de boas práticas relacionadas com as RHTA existente no serviço		
	Elaboração de notas de campo de observação de peritos da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa com RHTA	<u>Humanos:</u> – Enfermeira chefe – Enfermeira orientadora – Equipa de enfermagem – Equipa multidisciplinar – Professor orientador	
	Colaboração na prestação de cuidados à pessoa em regime tratamento antineoplásico, mobilizando a evidência científica obtida sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com RHTA	<u>Materiais:</u> – Normas, protocolos e restante material de apoio relacionado com as RHTA – Processos clínicos – Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e bibliotecas – Processos clínicos	
	Análise e reflexão crítica das práticas de enfermagem no cuidado à pessoa com RHTA, tendo em conta a evidência científica estudada	<u>Locais:</u> – Estágios I, II e III	
	Promoção da partilha de experiências com os enfermeiros do serviço sobre a sua prática relacionada com as RHTA através de conversas informais	<u>Temporais:</u> – Disponível no cronograma de atividades	
	Realização de pesquisa bibliográfica sobre a melhor evidência científica disponível nos cuidados de enfermagem à pessoa com RHTA		Apresenta, por escrito, uma reflexão crítica sobre as práticas observadas em cada local de estágio, integrando os resultados obtidos através da observação dos peritos, da consulta do material normativo e orientador de boas práticas do serviço, bem como da participação na prestação de cuidados e da partilha de experiências entre os profissionais
			Apresenta, por escrito, uma Revisão <i>Scoping</i> da Literatura sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com RHTA em contexto de Hospital de Dia, até ao término do Estágio II

	Elaboração de um instrumento de observação dos peritos da equipa multidisciplinar no cuidado à pessoa com RHTA, bem como de observação do doente e família que a experienciam		Apresenta, por escrito, um instrumento de observação dos cuidados prestados à pessoa com RHTA adaptado a cada serviço, no início de cada estágio
	Aplicação do instrumento de observação e registo dos cuidados observados		Aplica o instrumento de observação dos cuidados e realiza os respetivos registos sobre as práticas, a um doente por semana, em cada local de estágio
1.3. Descrever a articulação existente entre o Hospital de Dia de Oncologia e o Hospital de Dia de Imunoalergologia no que respeita às RHTA	Elaboração de notas de campo de observação da articulação entre os serviços relativamente às RHTA	<u>Humanos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Enfermeiras chefes</li> <li>– Enfermeira orientadora</li> <li>– Equipa de enfermagem</li> <li>– Equipa multidisciplinar</li> </ul> <u>Materiais:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Normas, protocolos e restante material de apoio relacionado com as RHTA</li> <li>– Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e bibliotecas</li> <li>– Processos clínicos</li> </ul> <u>Locais:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Estágio I e II</li> </ul> <u>Temporais:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Disponível no cronograma de atividades</li> </ul>	Aplica o instrumento de observação dos cuidados e realiza os respetivos registos sobre a articulação entre as práticas de ambos os serviços, uma vez por semana, em cada local de estágio
	Elaboração de notas de campo de observação de peritos da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa submetida a um protocolo de dessensibilização oncológica		Aplica o instrumento de observação dos cuidados e realiza os respetivos registos sobre a prestação de cuidados à pessoa submetida a protocolos de dessensibilização, a um doente por semana, em cada local de estágio
	Elaboração de análise reflexiva sobre a articulação entre os serviços no cuidado à pessoa com RHTA		Apresenta, por escrito, uma reflexão que descreva, avalie e analise de forma crítica a importância da articulação entre o Hospital de Dia de Oncologia e o Hospital de Dia de Imunoalergologia na prevenção e gestão das RHTA, sobretudo nos cuidados à pessoa submetida a um protocolo de dessensibilização oncológica

## Objectivo Geral

2. Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com RHTA em contexto de hospital de dia

## Local de estágio / Período de Estágio:

Estágio IV – HDO da Unidade Hospitalar D (11 de Dezembro de 2017 a 09 de Fevereiro de 2018)

## Domínio de Competências:

### Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

#### *Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal*

- ✓ A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção
- ✓ A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

#### *Domínio da melhoria da qualidade*

- ✓ B1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática
- ✓ B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade
- ✓ B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro

#### *Domínio da gestão de cuidados*

- ✓ C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

#### *Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

- ✓ D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade
- ✓ D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

### Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

- ✓ K.1.1. Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica
- ✓ K.1.2. Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos
- ✓ K.1.4.1. Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica
- ✓ K.1.5. Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde

### Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

- ✓ L5. Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida

### Competências do Core Curriculum da EONS

#### *Competências relacionadas com a ciência e o tratamento do cancro*

- ✓ Demonstra conhecimentos sobre os efeitos secundários imediatos e tardios dos tratamentos oncológicos

#### *Competências relacionadas com a avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro*

- ✓ Monitoriza o estado de saúde do doente relativamente a sinais/sintomas de deterioração e documenta, intervém ou referencia de forma adequada

- ✓ Utiliza de forma crítica a pesquisa baseada na evidência na gestão de enfermagem relativamente aos sintomas da doença oncológica e efeitos secundários dos tratamentos
- ✓ Demonstra conhecimentos sobre a administração segura de terapêutica e as intervenções de enfermagem necessárias para gerir uma reação adversa ao tratamento oncológico

*Competências relacionadas com a informação e comunicação à pessoa com doença oncológica*

- ✓ Reconhece a importância da comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar nos cuidados de suporte ao doente

*Competências relacionadas com a pesquisa baseada na evidência aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica*

- ✓ Reconhece a importância da investigação para a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica
- ✓ Utiliza conhecimentos de especialista para contribuir para o desenvolvimento de políticas e práticas de enfermagem baseadas na evidência no cuidado à pessoa com doença oncológica

Descritores de Dublin

- ✓ Demonstra conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível mais aprofundado, sendo capaz de os desenvolver, nomeadamente, em contexto de investigação
- ✓ Aplica os conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares
- ✓ Demonstra capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas ou emitir juízos, incluindo reflexões sobre as suas implicações e responsabilidades éticas e sociais
- ✓ Demonstra capacidade de comunicar as suas conclusões e conhecimentos de forma clara
- ✓ Desenvolve competências que permitem uma aprendizagem permanente de modo auto-orientado e autónomo

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
2.1. Divulgar à equipa de enfermagem a implementação do projeto	Realização de uma reunião com a enfermeira supervisora e enfermeira responsável do serviço para validação da implementação do projeto	<u>Humanos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Enfermeira supervisora</li> <li>– Enfermeira responsável</li> <li>– Enfermeira orientadora</li> <li>– Enfermeira responsável pela formação em serviço</li> <li>– Equipa de enfermagem</li> </ul> <u>Materiais:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Projetor de imagem</li> </ul>	Realiza reunião com a enfermeira supervisora e enfermeira responsável do serviço
	Realização de sessão de apresentação do projeto de estágio à equipa de enfermagem do serviço		Obtém parecer positivo quanto à implementação do projeto no serviço  Realiza uma sessão de apresentação do projeto de estágio aos elementos da equipa de enfermagem  Obtém a participação de 80% dos elementos da equipa na sessão de apresentação do projeto  Aplica instrumento de avaliação da sessão e do

		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Computador</li> <li>– Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e bibliotecas</li> </ul>	grau de satisfação dos participantes
2.2. Capacitar a equipa de enfermagem para os cuidados à pessoa com RHTA	Realização de sessão de formação à equipa de enfermagem sobre os cuidados à pessoa com RHTA de acordo com a melhor evidência científica disponível	<u>Temporais:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Disponível no cronograma de atividades</li> </ul>	<p>Realiza sessão de formação à equipa de enfermagem relacionada com os cuidados à pessoa com RHTA</p> <p>Obtém a participação de 80% dos elementos da equipa na sessão de formação</p> <p>Aplica instrumento de avaliação sobre os conhecimentos obtidos através da sessão de formação</p>
2.3. Implementar intervenções de enfermagem no âmbito da prevenção das RHTA	Elaboração de uma <i>check-list</i> para ser utilizada na consulta de enfermagem para avaliação dos factores de risco e realização do ensino ao doente	<u>Humanos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Enfermeira responsável</li> <li>– Enfermeira orientadora</li> <li>– Equipa de enfermagem</li> <li>– Equipa multidisciplinar</li> <li>– Professor orientador</li> </ul>	Está presente em dez consultas de enfermagem e avalia se são efetuados os esclarecimentos sobre as RHTA de acordo com a <i>check-list</i> elaborada
	Realização de proposta de protocolo de articulação entre o Hospital de Dia de Oncologia e o serviço de Imunoalergologia, para o encaminhamento de doentes em que foram identificados possíveis factores de risco ou que desenvolveram uma RHTA	<u>Materiais:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e biblioteca</li> <li>– Recursos adquiridos nos Estágios anteriores</li> </ul> <u>Temporais:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Disponível no cronograma de atividades</li> </ul>	Apresenta proposta de protocolo de articulação entre o Hospital de Dia de Oncologia e o serviço de Imunoalergologia, em estreita colaboração com a equipa multidisciplinar (diretores clínicos e enfermeiras chefes de ambos os serviços), até ao término do Estágio IV

2.4. Implementar intervenções de enfermagem no âmbito do diagnóstico das RHTA	Elaboração de um guia orientador de boas práticas no cuidado à pessoa com RHTA, como suporte teórico para consulta pela equipa multidisciplinar do serviço		Apresenta, por escrito, um guia orientador de boas práticas no cuidado à pessoa com RHTA, até ao término do Estágio IV
2.5. Implementar intervenções de enfermagem no âmbito da gestão das RHTA	Elaboração de um documento com a norma de atuação de enfermagem perante as RHTA imediatas, de acordo com a evidência científica mais recente	<u>Humanos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Enfermeira responsável</li> <li>– Enfermeira orientadora</li> <li>– Equipa de enfermagem</li> <li>– Equipa multidisciplinar</li> <li>– Professor orientador</li> </ul> <u>Materiais:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e bibliotecas</li> <li>– Recursos adquiridos nos Estágios anteriores</li> </ul> <u>Temporais:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Disponível no cronograma de atividades</li> </ul>	Apresenta, por escrito, um documento com a norma de atuação de enfermagem perante as RHTA imediatas, até à terceira semana do Estágio IV
	Apresentação do documento com a norma de atuação de enfermagem perante a RHTA à equipa multidisciplinar para validação do seu conteúdo		Apresenta o documento com a norma de atuação de enfermagem perante a RHTA à equipa multidisciplinar de forma a validar o seu parecer positivo, até à quinta semana do Estágio IV, obtendo uma participação de 50% da equipa
	Envio do documento com a norma de atuação perante as RHTA para aprovação pela Comissão da Qualidade e Segurança do Doente		Envia o documento com a norma de atuação para aprovação pela Comissão da Qualidade e Segurança do Doente até ao término do Estágio IV
	Elaboração de um póster para consulta rápida com fluxograma de atuação na RHTA para afixação na sala de tratamentos		Expõe no serviço um póster com fluxograma de atuação, até ao término do Estágio IV
	Elaboração de um instrumento de registo e notificação de RHTA de acordo com o sugerido pela evidência científica		Apresenta, por escrito, um instrumento de registo e notificação de RHTA conforme sugerido pela evidência científica, até ao término do Estágio IV

2.6. Implementar intervenções de enfermagem no âmbito da educação em relação às RHTA	Atualização do guia de acolhimento ao doente no serviço com introdução de um tópico informativo sobre RHTA	<u>Humanos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Enfermeira responsável</li> <li>– Enfermeira orientadora</li> <li>– Equipa de enfermagem</li> <li>– Equipa multidisciplinar</li> <li>– Professor orientador</li> </ul> <u>Materiais:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e biblioteca</li> <li>– Recursos adquiridos nos Estágios anteriores</li> <li>– Projetor de imagem</li> <li>– Computador</li> </ul> <u>Temporais:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Disponível no cronograma de atividades</li> </ul>	Apresenta à enfermeira responsável do serviço a atualização do guia de acolhimento ao doente, até à quarta semana do Estágio IV
	Elaboração de instrumento de suporte educacional direcionado à pessoa com RHTA		Apresenta, por escrito, um instrumento de suporte educacional direcionado à pessoa com RHTA, até ao término do Estágio IV
	Elaboração de instrumento de suporte educacional direcionado à pessoa que realiza protocolo de dessensibilização		Apresenta, por escrito, um instrumento de suporte educacional direcionado à pessoa que realiza protocolo de dessensibilização à terapêutica antineoplásica, até ao término do Estágio IV
2.7. Avaliar os resultados obtidos após implementação do projeto na mudança da prática de cuidados	Divulgação à equipa de enfermagem do balanço final da implementação do projeto e das perspetivas futuras em relação ao mesmo		Realiza uma sessão de apresentação sobre o balanço final da implementação do projeto e perspetivas futuras, na última semana do Estágio IV

## **APÊNDICE VI**

Cronograma das atividades



Objetivos Específicos      Atividades		Meses Semanas		Ano 2017											Ano 2018											
				Set	Outubro						Novembro			Dezembro		Janeiro							Fevereiro			
				25 a 29	02 a 06	09 a 13	16 a 20	23 a 27	30 a 03	06 a 10	13 a 17	20 a 24	27 a 01	04 a 08	11 a 15	18 Dez a 01 Jan	02 a 05	08 a 12	15 a 19	22 a 26	29 a 02	05 a 09	12 a 16	19 a 23	26 a 02	
1.1. Integrar de modo progressivo a equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica funcional e organizacional	Apresentação do projeto de estágio nos serviços												FÉRIAS DE NATAL								Elaboração e Apresentação do Relatório de Estágio					
	Realização de visita aos serviços																									
	Consulta de normas e protocolos																									
1.2. Analisar a prática da equipa multidisciplinar à pessoa em regime de tratamento antineoplásico em contexto de hospital de dia, sobretudo nos cuidados relacionados com as RHTA	Elaboração de notas de campo de observação de peritos																									
	Consulta de documentação relativa às RHTA																									
	Colaboração na prestação de cuidados à pessoa em tratamento antineoplásico																									
	Análise e reflexão crítica sobre as práticas de cuidados																									
	Promoção da partilha de experiências entre profissionais																									
	Pesquisa bibliográfica da melhor evidência científica disponível																									
	Elaboração de um instrumento de observação dos cuidados																									
	Aplicação do instrumento de observação e registo dos cuidados observados																									
1.3. Descrever a articulação existente entre o Hospital de Dia de Oncologia e o Hospital de Dia de Imunoalergologia no que respeita às RHTA	Elaboração de notas de campo de observação da articulação entre os serviços																									
	Elaboração de notas de campo de observação de peritos da equipa multidisciplinar nos cuidados à pessoa submetida a protocolos de dessensibilização																									
	Análise e reflexão crítica das práticas																									
2.1. Informar a equipa de enfermagem sobre a implementação do	Realização de reunião para validação da implementação do projeto																									

[illegible]

**Legenda:**

☐ Estágio IV – HDO da Unidade Hospitalar D  
☐ Trabalho Autónomo

## **APÊNDICE VII**

Plano de sessão de apresentação do projeto realizada no Estágio II

## PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

### **Reação de Hipersensibilidade à Terapêutica Antineoplásica: Cuidados de Enfermagem em Hospital de Dia**

*Apresentação do Projeto de Intervenção e das Atividades Desenvolvidas no Local de Estágio II – HDI da Unidade Hospitalar B*

<b>OBJETIVOS GERAIS</b>	– Apresentação do projeto de intervenção à equipa de enfermagem do Centro Ambulatório – Hospitais de Dia da Unidade Hospitalar B, de modo a sensibilizá-la para a temática relacionada com a reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica (RHTA).				
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	Que os enfermeiros sejam capazes de: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificar as principais áreas de intervenção dos cuidados de enfermagem à pessoa com RHTA;</li> <li>– Reconhecer a importância do enfermeiro nos cuidados à pessoa com RHTA;</li> <li>– Reconhecer a importância da continuidade de cuidados prestados à pessoa que realiza Dessensibilização Oncológica no Hospital de Dia de Imunoalergologia;</li> <li>– Dar contributos e/ou sugestões às propostas apresentadas – Norma de Enfermagem e Panfleto Informativo.</li> </ul>				
<b>DATA</b>	03 de Novembro de 2017	<b>HORÁRIO</b>	14 Horas	<b>DURAÇÃO</b>	30 Minutos
<b>LOCAL</b>	Unidade Hospitalar B – Sala de Formação do Centro Ambulatório				

	<b>Conteúdos Programáticos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Meios e Recursos</b>	<b>Tempo Previsto</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	✓ Sumário da sessão ✓ Identificação do projeto ✓ Pertinência do tema	Expositiva	PowerPoint	5 Minutos
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	✓ Revisão da literatura ✓ Plano de trabalho e metodologia (diagnóstico de situação, competências a desenvolver, instituições envolvidas e cronograma do estágio, referencial teórico) ✓ Objetivos e tarefas definidas ✓ Atividades desenvolvidas no local de Estágio II	Expositiva / Demonstrativa		15 Minutos
<b>CONCLUSÃO</b>	✓ Síntese da sessão e contributos do projeto ✓ Avaliação da sessão (Questionário)	Expositiva / Participativa		10 Minutos

## **APÊNDICE VIII**

Instrumento de avaliação da sessão realizada no Estágio II

## **QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO – UNIDADE HOSPITALAR B**

Este questionário tem o intuito de conhecer a sua apreciação sobre a sessão apresentada, fornecendo dados importantes para o desenvolvimento e implementação deste projeto. Agradeço, desde já, o seu contributo.

### **1. APRECIAÇÃO GLOBAL**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<i>Inadequado</i>	<i>Pouco Adequado</i>	<i>Adequado</i>	<i>Bastante Adequado</i>	<i>Totalmente Adequado</i>
Pertinência do tema					
Conteúdos apresentados					
Tempo de formação					
Metodologia utilizada					

### **2. PERTINÊNCIA DA SESSÃO**

#### **2.1. A sessão permitiu:**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<i>Nada</i>	<i>Em Parte</i>	<i>Maior Parte</i>	<i>Totalmente</i>
a) Relembrar/consolidar conhecimentos				
b) Refletir sobre a prática de cuidados				
c) Desenvolver e melhorar a prestação de cuidados				
d) Outro. Qual? _____				

#### **2.2. Se entender, indique críticas e/ou sugestões que considere pertinentes relativamente a esta sessão, bem como à futura implementação deste projeto.**

---



---

Grata pela sua colaboração!

## **APÊNDICE IX**

Análise das respostas ao questionário de avaliação da sessão realizada no Estágio

## Análise das Respostas ao Questionário de Avaliação da Sessão de Apresentação do Projeto – Unidade Hospitalar B

O questionário foi aplicado após a realização da sessão de formação de apresentação do projeto de intervenção. Foram preenchidos um total de 9 questionários por enfermeiros em atual exercício de funções no Hospital de Dia de Imunoalergologia da Unidade Hospitalar B.

O questionário era composto por duas partes principais, uma para apreciação global da sessão e outra para a avaliação da sua pertinência. Cada parte era constituída por diversos itens de avaliação, para os quais o formando deveria indicar a sua opinião de acordo com a legenda indicada. Existia ainda uma questão aberta para o formando colocar comentários e/ou sugestões.

Em seguida apresenta-se o tratamento dos dados e a análise dos resultados.

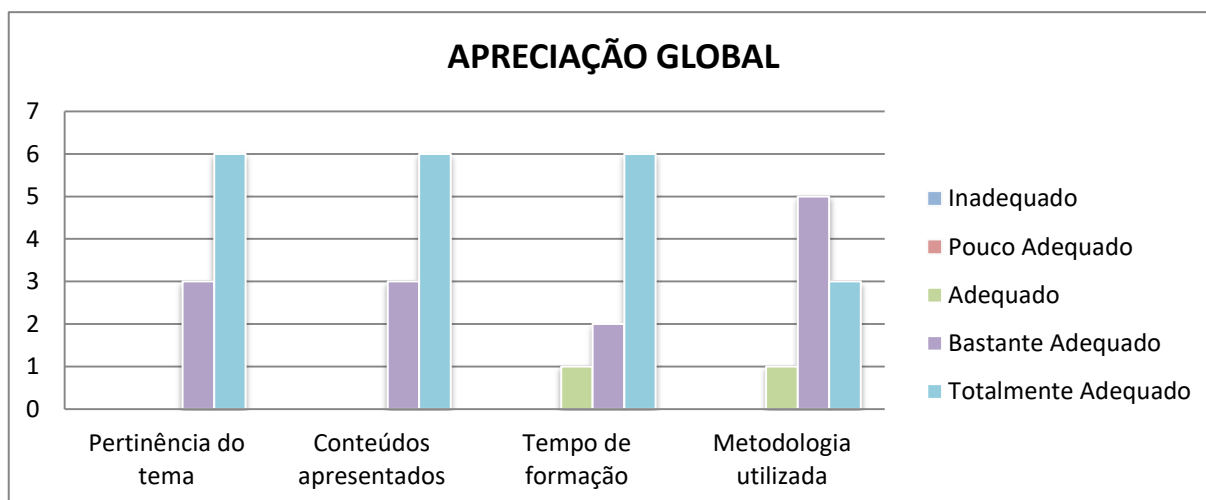


Gráfico 1 – Resultados relativos à apreciação global da sessão

De uma maneira geral, a apreciação global da sessão foi bastante positiva, uma vez que a maioria dos itens foi pontuada nos dois valores superiores (Gráfico 1). Relativamente à pertinência do tema, 67% dos formandos considerou ser totalmente adequado e 33% considerou ser bastante adequado. Quanto aos conteúdos apresentados os resultados foram idênticos, com 67% dos formandos a considerar serem totalmente adequados e 33% a considerar serem bastante adequados. No que respeita ao tempo de formação, 67% dos formandos considerou ter sido totalmente adequado, 22% considerou bastante adequado e 11%



considerou adequado. Finalmente, relativamente à metodologia utilizada, 33% dos formandos considerou ter sido totalmente adequado, 56% considerou ter sido bastante adequada e 11% considerou ter sido adequada.

Seguidamente apresentam-se os resultados dos itens da avaliação da pertinência da sessão.

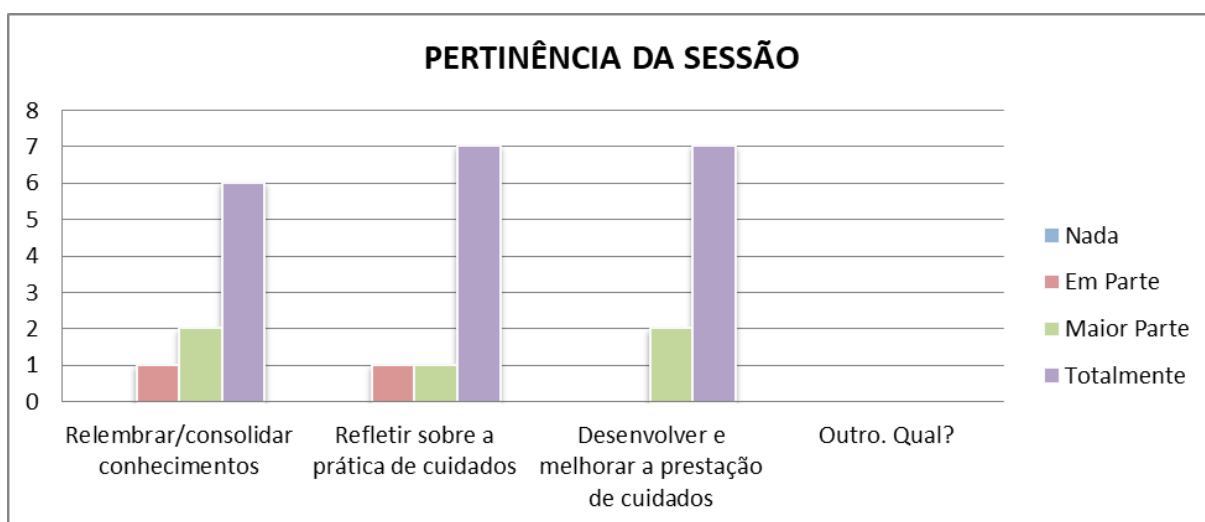


Gráfico 2 - Resultados relativos à pertinência da sessão

O tópico para avaliação da pertinência da sessão era constituído por dois grupos de questões. De acordo com o Gráfico 2 é possível observar que na primeira questão relativa à avaliação da pertinência da sessão, 67% dos formandos consideraram que os conteúdos da sessão permitiram relembrar e/ou consolidar conhecimentos de forma total, enquanto 22% consideraram ter sido na maior parte e 11% consideraram ter sido apenas em parte. Por outro lado, 78% dos formandos consideraram que a sessão permitiu refletir totalmente sobre a prática de cuidados, enquanto 22% considerou ter sido na maior parte. Por fim, 78% dos formandos considerou que a sessão permitiu desenvolver e melhorar a prestação de cuidados de uma forma total e 22% considerou ter sido na maior parte. O quarto item foi deixado em aberto, para permitir ao formando acrescentar outro ponto que considerasse pertinente, no entanto, este não foi preenchido em nenhum dos questionários.

A segunda questão relativa ao tópico da pertinência da sessão representava um espaço para o formando deixar sugestões e/ou comentários e, também neste caso, não se verificaram quaisquer respostas por parte dos formandos.

## **APÊNDICE X**

Revisão *Scoping* da Literatura

# **Cuidados de Enfermagem na Reação de Hipersensibilidade à Terapêutica Antineoplásica: Revisão *Scoping***

Inês Gonçalves Vicente Claro  
Orientação de Professora Eunice Sá

## **SUMÁRIO**

### **Background**

A administração de terapêutica antineoplásica é um processo complexo que acarreta potenciais riscos para o doente. A probabilidade de ocorrência de eventos adversos relacionados com a administração destes fármacos é maior à medida que os regimes terapêuticos evoluem e a sobrevivência dos doentes oncológicos aumenta. As reações de hipersensibilidade (RHS) são um dos tipos de reações adversas e caracterizam-se por sinais e/ou sintomas objetivamente reprodutíveis, iniciados pela exposição a um determinado estímulo, numa dose que geralmente é bem tolerada. A terminologia utilizada na descrição das reações não reúne consenso na literatura, o que dificulta a sua abordagem. O enfermeiro, sendo responsável pela administração da terapêutica antineoplásica e acompanhamento de todo o processo de tratamento deverá ter formação sobre as RHS, de forma a conhecer e estar preparado para lidar com este tipo de eventos, assegurando, deste modo, a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados.

### **Objetivo**

É definido como objetivo desta revisão *scoping* mapear e sintetizar a evidência existente relativamente aos cuidados de enfermagem ao doente oncológico com reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica (RHTA).

### **Critérios de Inclusão**

#### ***Tipo de Participantes***

Foram incluídos estudos com enfoque na pessoa com doença oncológica, com idade igual ou superior a 18 anos, a realizar tratamento sistémico com terapêutica antineoplásica, assim como no grupo profissional dos enfermeiros que prestam cuidados a estes doentes.

#### ***Conceito***

Foram selecionados todos os estudos que exploram, identificam e/ou descrevem as intervenções de enfermagem nas RHTA.

#### ***Contexto***

Foram considerados todos os contextos onde se realizem tratamentos oncológicos com administração de antineoplásicos sistémicos.

### ***Tipo de Estudos***

Foram considerados todos os tipos de estudos, quantitativos e qualitativos, publicados a partir do ano de 2005, nos idiomas de português, inglês e espanhol.

### **Estratégia de Pesquisa**

Foi realizada uma pesquisa em três etapas: 1) uma pesquisa inicial nas bases de dados MEDLINE e CINAHL *with Full Text*, 2) uma pesquisa mais extensa, utilizando as palavras-chaves e os termos indexados nas bases de dados selecionadas, e 3) uma pesquisa manual nas listas de referências bibliográficas dos artigos selecionados.

### **Extração dos Resultados**

Foram extraídos dos artigos selecionados os resultados que permitiram responder à questão de revisão, sendo construído um instrumento de extração de resultados para sistematização deste processo.

### **Resultados**

Da pesquisa efetuada foram selecionados para análise integral o total de dez artigos. De acordo com os resultados que emergem da literatura, o enfermeiro assume um papel fundamental na abordagem das RHTA, sendo possível categorizar a sua intervenção com particular desempenho na prevenção, diagnóstico, gestão e educação perante as RHTA.

### **Conclusões**

A presente revisão *scoping* evidenciou a amplitude do papel do enfermeiro e a complexidade das suas intervenções face às RHTA, razão pela qual deve ser exigida uma adequada preparação dos profissionais que administram estas terapêuticas, de modo a garantir a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados.

#### ***Implicações para a Investigação***

A presença de lacunas na evidência científica relativa à qualidade metodológica dos artigos direcionados especificamente para os cuidados de enfermagem nas RHTA, torna pertinente a realização de revisões sistemáticas da literatura que apresentem recomendações para a prática.

#### ***Implicações para a Prática***

Esta revisão permite mapear a evidência científica e informar a prática relativamente aos cuidados de enfermagem no diagnóstico, gestão, prevenção e educação face às RHTA.

### **Palavras-Chave**

Hipersensibilidade; Terapêutica Antineoplásica; Doente Oncológico; Enfermagem Oncológica.

## **BACKGROUND**

A administração de terapêutica antineoplásica é um processo complexo, repleto de potenciais danos para o doente (Jacobson et al., 2009), uma vez que a maioria dos fármacos utilizados pode causar reações adversas (Roselló, Blasco, García Fabregat, Cervantes & Jordan, 2017). Os desafios para a sua segurança aumentam à medida que os regimes terapêuticos se desenvolvem (Jacobson et al., 2009) pois, associado ao aparecimento de novas armas terapêuticas e à maior sobrevivência dos doentes oncológicos, verifica-se um aumento da incidência de reações adversas à quimioterapia e terapêuticas biológicas (Caiado, 2016).

Esta temática não reúne consenso na literatura relativamente à terminologia utilizada na descrição das reações (Johansson et al., 2003; Vogel, 2010; Gallimore, 2016; Roselló et al., 2017), sendo a abordagem sistemática estandardizada no diagnóstico e orientação das RHS a fármacos, ainda um desafio (Demoly et al., 2014). Assim, ao abordar o tema sobre RHTA nesta revisão *scoping*, é fundamental distinguir as diversas nomenclaturas utilizadas na descrição das mesmas.

A reação adversa a um medicamento (RAM) é definida pela *World Health Organization* (1972) como uma resposta nociva e não intencional a um fármaco normalmente utilizado em humanos. As RAM podem ser divididas em reações do tipo A e do tipo B, de acordo com a classificação de Rawlins & Thompson (1977), citados por Regateiro & Faria (2016). Segundo estes autores, as reações do tipo A são mais frequentes (85 a 90% de todas as RAM), previsíveis, dose-dependentes e estão relacionadas com as propriedades farmacológicas ou toxicológicas do fármaco, podendo afetar qualquer indivíduo (são exemplos os efeitos secundários, a sobredosagem e as interações medicamentosas), enquanto as reações do tipo B são menos frequentes (10 a 15% das RAM), imprevisíveis, não dependem do efeito farmacológico do medicamento e surgem apenas em indivíduos suscetíveis (são exemplos as RHS).

De acordo com a terminologia proposta pela *European Academy of Allergy and Clinical Immunology*, atualizada pela *World Allergy Organization* (WAO), o termo hipersensibilidade deve ser usado para descrever sinais e/ou sintomas objetivamente reprodutíveis, iniciados pela exposição a um determinado estímulo, numa dose tolerada por indivíduos normais (Johansson et al., 2004). Apesar da

incidência das RHTA ser difícil de determinar (Vogel, 2014), estima-se que as RHS a fármacos constituam cerca de 15% de todas as RAM e afetem 7% da população em geral (Demoly et al., 2014).

As RHS são RAM do tipo B e dividem-se em alérgicas ou não-alérgica, tendo em conta o mecanismo etiológico subjacente (Demoly et al., 2014). Uma RHS é alérgica quando é possível demonstrar a presença de um mecanismo imunológico definitivo, em que anticorpos (geralmente da classe IgE), linfócitos T ativados ou outros mediadores celulares são dirigidos contra os fármacos ou um dos seus metabolitos (Demoly et al., 2014). O diagnóstico diferencial entre reação alérgica e não-alérgica pode ser difícil quando baseado apenas na clínica, tendo sido estabelecido que, para simplificar a comunicação, na suspeita de uma alergia a um fármaco deve ser utilizado preferencialmente o termo RHS (Demoly et al., 2014).

Estas reações variam tendo em conta o período de instalação e a sintomatologia apresentada, pelo que o seu tratamento irá depender da gravidade e do momento em que é detetada (Caiado, 2016). Clinicamente, e de acordo com a classificação recomendada pela WAO tendo por base o período de instalação, as RHS a fármacos podem ser imediatas, quando ocorrem na primeira hora de administração do fármaco (geralmente mediadas por IgE e manifestadas por urticária, angioedema, rinite, conjuntivite, broncospasmo, sintomas gastrintestinais ou anafilaxia) ou não-imediatas/tardias, quando ocorrem após a primeira hora, frequentemente mais de seis horas ou até dias após administração do fármaco (geralmente associadas a um mecanismo de alergia tardio dependente de linfócitos T e manifestadas principalmente por exantema maculopapular e urticária/angioedema retardados) (Johansson et al., 2004; Demoly et al., 2014). Esta distinção permite estabelecer o diagnóstico e a gestão destas reações (Romano, Torres, Castells, Sanz & Blanca, 2011; Regateiro & Faria, 2016), no entanto, também os sistemas de classificação variam na literatura existente (Vogel, 2014).

A anafilaxia é uma RHS generalizada ou sistémica, grave e potencialmente fatal, com atingimento simultâneo de dois ou mais órgãos, geralmente pele, vias respiratórias, aparelho gastrointestinal e/ou sistema cardiovascular (Johansson et al., 2004; Roselló et al., 2017). Geralmente é uma reação mediada por IgE, que surge após uma exposição prévia do fármaco (Vogel, 2014), designando-se neste caso anafilaxia alérgica. Por outro lado, existem reações que, apesar de não terem uma causa imunológica aparente, apresentam manifestações clínicas semelhantes à

anafilaxia, pelo que se designam anafilaxia não-alérgica (Roselló et al., 2017). A síndrome de libertação de citocinas é uma RAM não imunológica que causa a libertação de citocinas dos linfócitos T, causando uma resposta inflamatória e cujas manifestações clínicas podem sobrepor-se às da anafilaxia (Vogel, 2014). Os agentes antineoplásicos mais suscetíveis de causar RHS são os sais de platina, taxanos, asparaginases e anticorpos monoclonais (Gruchalla, 2003; Demoly et al., 2014). A quimioterapia induz mais frequentemente reações alérgicas, enquanto os anticorpos monoclonais induzem RHS não alérgicas, causada pela libertação de citocinas (Vogel, 2010). Clinicamente, a distinção entre ambos os tipos de reação pode ser difícil, no entanto, o diagnóstico diferencial é impreterível para a decisão terapêutica futura, nomeadamente a possibilidade ou não de reexposição ao fármaco (Vogel, 2014).

O diagnóstico definitivo de uma RHS é essencial para instituir medidas preventivas, sendo as ferramentas clínicas disponíveis, uma história clínica detalhada, testes *in vitro* fiáveis e testes *in vivo*, nomeadamente testes cutâneos e provas de provocação aos fármacos (Demoly et al., 2014). Os testes cutâneos têm como objetivo avaliar o grau de sensibilização do fármaco (Caiado, 2016), sendo recomendados testes por picada (*prick*) para as RHS imediatas e testes intradérmicos quando os anteriores são negativos ou em caso de RHS tardia (Demoly et al., 2014). Se os testes cutâneos não forem conclusivos ou se indisponibilidade do fármaco numa forma reativa adequada para a sua realização, são realizadas provas de provocação medicamentosa (Demoly et al., 2014; Caiado, 2016). Estas são consideradas o *gold standard* para a identificação do fármaco responsável pela RHS, permitindo excluir e/ou confirmar o diagnóstico (Demoly et al., 2014; Caiado, 2016). Consistem na administração controlada do fármaco a testar, com aumento progressivo da dose, até se atingir a dose terapêutica ou reação adversa (Palma-Carlos et al., 2007; Caiado, 2016).

Quando é comprovada uma reação alérgica ou em caso de reação grave, independentemente do mecanismo imunológico, pode ser considerada a dessensibilização ao fármaco, normalmente com o apoio da especialidade de imunoalergologia. Trata-se da indução de um estado temporário de ausência de resposta/tolerância a um composto responsável por uma RHS, devendo esta ser realizada apenas quando o fármaco responsável é essencial e não existem alternativas terapêuticas ou estas não são satisfatórias (Demoly et al., 2014). Todos

estes procedimentos devem ser realizados sob as mais elevadas condições de segurança, na presença de profissionais treinados e preparados para identificar e tratar eventuais reações potencialmente fatais (Demoly et al., 2014).

As reações infusionais continuam a desafiar os enfermeiros que trabalham em oncologia e administram terapêutica antineoplásica (Wilkes, 2008). Os *standards* de administração segura de quimioterapia a doentes adultos em contexto de ambulatório, realizados pela *American Society of Clinical Oncology* e pela *Oncology Nursing Society* recomendam que, pela complexidade associada à administração de quimioterapia e o risco elevado de efeitos adversos severos inerentes, são essenciais cuidados estandardizados nos locais onde estas terapêuticas são utilizadas (Jacobson et al., 2009; Neuss et al., 2017). Dada a imprevisibilidade destas reações, e apesar das medidas profiláticas utilizadas, é fundamental que o enfermeiro que intervém na administração deste tipo de terapêutica tenha uma adequada preparação para a obtenção resultados positivos na abordagem das RHTA (Vogel, 2014). Deste modo, considerou-se pertinente e necessário a elaboração de uma revisão *scoping* que permitisse não só a clarificação de determinados conceitos relacionados com esta temática, mas também sumariar e divulgar os resultados de investigação relativamente aos cuidados de enfermagem nas RHTA, com utilidade prática para os profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros que trabalhem na área da oncologia.

### ***Objetivos/Questão de Investigação***

Esta revisão *scoping* foi elaborada com base na metodologia sugerida pelo *The Joanna Briggs Institute* (JBI) (2015), com o principal objetivo de mapear e sintetizar a evidência científica existente relativamente aos cuidados de enfermagem inerentes ao doente oncológico com RHTA, incluindo não apenas a administração de protocolos *standard*, mas também as provas de provocação e protocolos de dessensibilização, numa tentativa de melhorar a segurança e qualidade dos cuidados prestados a estes doentes. Para tal foi delineada a questão de investigação, “Quais os cuidados de enfermagem ao doente oncológico com reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica?”, que serviu de linha orientadora para a realização da revisão. Foi efetuada uma pesquisa preliminar sobre a existência de outras revisões sistemáticas da literatura ou revisões *scoping* sobre esta questão de interesse nas bases de dados *The Joanna Briggs Institute Database*



of *Systematic Reviews and Implementation Reports* (JBISRIR), CINAHL with full text e MEDLINE, sem resultados.

## **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

### **Tipo de Participantes**

Nesta revisão *scoping* foram considerados artigos que incluem pessoas adultas (com idade igual ou superior a 18 anos), de qualquer género e/ou etnia, com diagnóstico de doença oncológica (independentemente do tipo, localização e estadio), submetidas a todo o tipo de tratamento antineoplásico sistémico (quimioterapia, imunoterapia ou terapia molecular dirigida). Foram igualmente considerados como parte integrante da população desta revisão, os enfermeiros que prestam cuidados a estes doentes, nomeadamente na administração deste tipo de terapêutica, sendo seleccionados apenas os artigos dirigidos ou com referência aos cuidados prestados por esta classe profissional.

### **Conceitos**

A pessoa com RHTA foi o foco de atenção da intervenção de enfermagem, com o objectivo de melhorar o seu bem-estar e proporcionar segurança e cuidados de qualidade. Foram assim considerados como conceitos de interesse para a revisão *scoping*, reacção de hipersensibilidade, terapêutica antineoplásica e cuidados de enfermagem.

Foram seleccionados para a revisão todos os estudos que exploram, identificam e/ou descrevem as intervenções de enfermagem nas RHTA. Estudos que incluem outros eventos adversos associados ao tratamento antineoplásico foram considerados, caso os cuidados de enfermagem nas RHS fossem demonstrados e conseguissem ser isolados e extraídos sob forma de resultados. Foram seleccionados apenas os artigos com referência aos cuidados de enfermagem nas RHTA na sua generalidade, sendo excluídos os artigos que se centravam

especificamente numa única terapêutica. Não foi utilizada uma definição específica para RHTA como critério de inclusão, sendo consideradas as diversas terminologias referente às RHS utilizadas nos estudos, com o intuito de não limitar a pesquisa. Foi considerada para esta revisão a definição de cuidados de enfermagem apresentada pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, que diz serem “intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (Decreto-Lei n.º161/96, de 04 de Setembro, artigo 4º, p.2960).

## **Contexto**

Nesta revisão foram considerados todos os contextos onde são administradas as terapêuticas antineoplásicas e providenciados cuidados de enfermagem à pessoa com RHTA, com o intuito de não limitar a pesquisa

## **Tipo de Estudos**

De acordo com Arksey & O'Malley (2005), a revisão *scoping* tem como finalidade mapear a literatura existente numa determinada área de interesse, em termos do seu volume, natureza e características da investigação primária. Por este motivo, foram considerados para esta revisão *scoping* toda a tipologia de estudos que respeitaram os critérios de inclusão referidos anteriormente. Foram considerados não apenas artigos de investigação, mas também artigos de opinião, relatórios e *guidelines* e/ou recomendações para a prática realizadas por peritos nesta área de investigação, permitindo uma pesquisa mais abrangente.

## ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada entre Maio e Outubro de 2017 e foi dirigida para artigos publicados e não publicados. Para a realização da presente revisão *scoping* foi utilizada uma estratégia de pesquisa dividida em três etapas. Numa primeira etapa foi realizada uma pesquisa inicial e limitada a apenas duas bases de dados, MEDLINE e CINHALL *with Full Text*, que permitiu a análise das palavras contidas nos títulos e nos resumos, de modo a identificar as palavras-chave e os termos de indexação. Na segunda etapa foi realizada uma pesquisa subsequente, utilizando todas as palavras-chaves e os termos indexados nas bases de dados selecionadas para efetuar a pesquisa. Na terceira e última etapa, as listas de referências bibliográficas dos artigos selecionados foram observadas na procura de estudos adicionais para complementar a pesquisa. Foi também considerada a literatura cinzenta, através de pesquisas realizadas no motor de busca *Google Scholar*, *websites* de sociedades de peritos e bibliotecas universitárias. Foram impostos limites de idioma, sendo os artigos publicados em português, espanhol e inglês considerados para inclusão nesta revisão, assim como limites temporais, sendo incluídos os artigos publicados a partir do ano 2005 até ao presente. Esta ampla limitação de tempo é justificada pela escassez de investigação científica relacionada com a temática.

As bases de dados consideradas para a revisão *scoping* incluíram a base de dados EBSCO *host*, sendo utilizados os motores de busca CINHALL *with Full Text*, MEDLINE, *Cochrane Database Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *MedicLatina* e *Academic Search Complete*, e a base de dados JBISIRIR. Inicialmente foram utilizados os termos “*Drug Hypersensitivity*”, “*Adverse Drug Reaction*”, “*Infusion Reactions*”, “*Dessensitization*”, “*Antineoplastic Agents*”, “*Chemotherapy*”, “*Cancer Patient*”, “*Oncolog\* Nurs\**”. Na segunda etapa da pesquisa foram utilizados os descritores, onde constam a pesquisa dos termos indexados e dos termos em linguagem natural, conforme representado no Apêndice I.

Os artigos pesquisados foram avaliados tendo em conta a sua relevância para esta revisão, baseada na informação retirada pelo título, resumo e descritores dos artigos. Foram recuperados para leitura integral os artigos que cumpriam os critérios de inclusão e os objetivos da revisão ou cuja leitura do resumo não foi esclarecedora

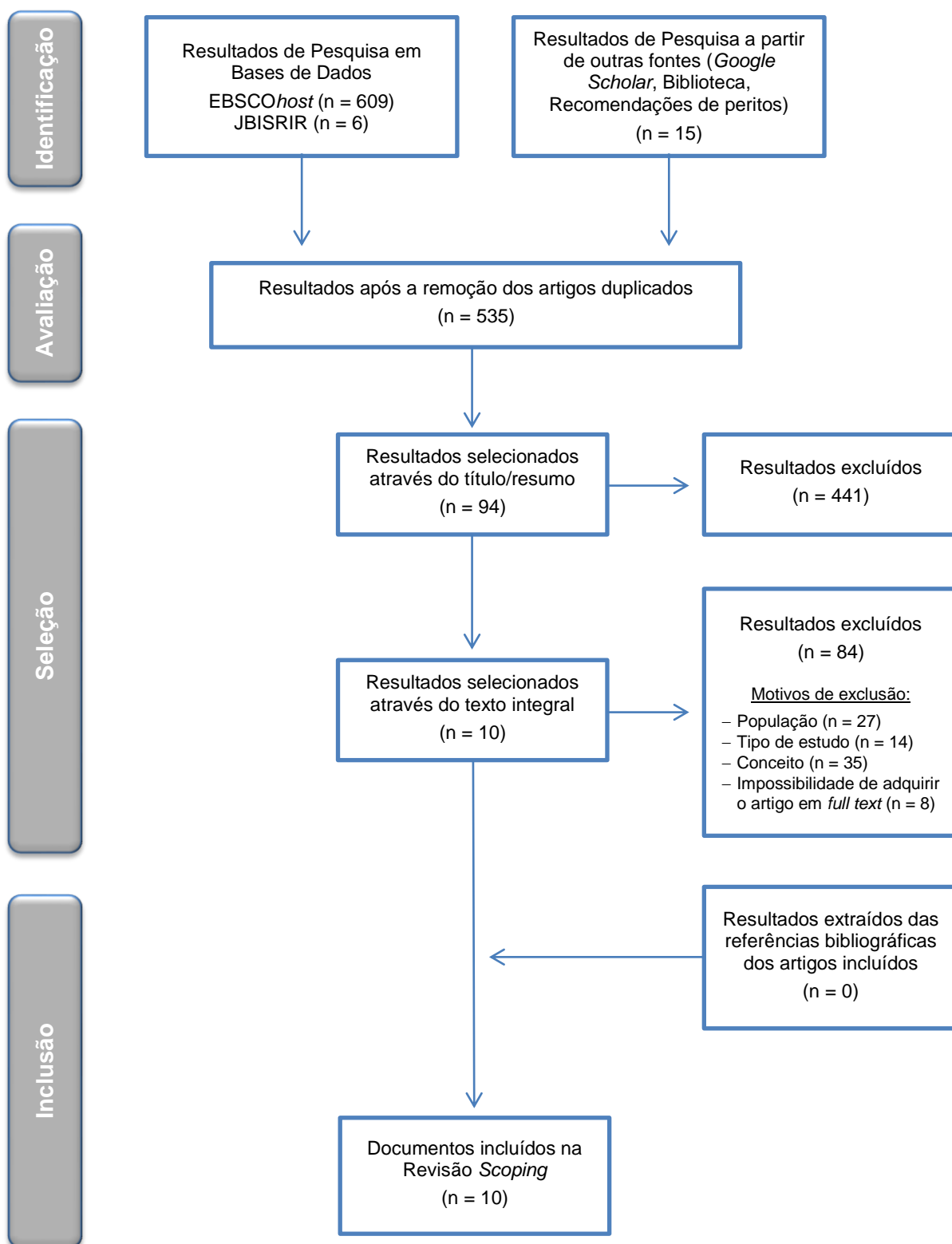
quanto à relevância do estudo. Posteriormente procedeu-se à leitura integral dos artigos, por forma a validar se integravam os critérios de inclusão. Os estudos identificados pela lista de referências bibliográficas dos artigos da pesquisa foram avaliados quanto à sua relevância através do título e resumo.

## EXTRAÇÃO DE RESULTADOS

Os dados extraídos de cada um dos estudos foram mapeados e apresentados de forma coerente e sintetizada, permitindo alcançar os objetivos e responder à questão da revisão *scoping*. Neste caso, foram selecionados e apresentados os documentos que identificam os cuidados de enfermagem prestados à pessoa com RHTA. De acordo com JBI (2015), foi construído um instrumento de extração de resultados. A identificação e descrição dos artigos selecionados encontram-se representadas no Apêndice II.

## RESULTADOS

Depois de removidos os duplicados, foram identificados 535 resultados de pesquisa. Um total de 94 documentos preencheu os critérios de inclusão, após leitura do título e resumo, sendo eleitos para leitura do texto integral. Destes, foram selecionados 10 documentos que preenchiam os critérios de inclusão. Os restantes 84 artigos foram sujeitos a apreciação crítica e os motivos da sua exclusão estão relacionados com o tipo de população ( $n = 27$ ), o tipo de estudo ( $n = 14$ ), o conceito ( $n = 35$ ) e a impossibilidade de adquirir os artigos em *full-text* ( $n = 8$ ). Foram contactados quatro autores no sentido de adquirir os artigos completos, não tendo sido obtida resposta positiva em nenhum dos casos até ao momento. Foram analisadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados, não sendo acrescentados resultados por não preencherem os critérios de inclusão ou por serem artigos sobreponíveis aos já selecionados. Os resultados do processo de revisão *scoping* e seleção dos estudos encontram-se representados em forma de fluxograma na Figura 1.



**Figura 1 – Fluxograma PRISMA para o processo de revisão *scoping***

[Adaptado de Mother, Liberati, Tetzlaff, Altman, The Prisma Group (2009)]

Os documentos elegidos para a revisão *scoping* foram publicados entre 2005 e 2017, oito dos quais nos EUA e dois na Europa. Relativamente ao desenho do estudo, foi selecionado apenas um artigo de Revisão Sistemática da Literatura, sendo os restantes artigos classificados como Revisão da Literatura, de acordo com a definição apresentada por Grant & Booth (2009). Dos artigos selecionados, nove foram publicados em revistas e jornais científicos e um foi publicado como parte integrante de um capítulo de livro. A organização dos estudos incluídos na revisão *scoping* de acordo com o ano, país de publicação e desenho do estudo encontra-se representada na Tabela 1.

**Tabela 1 – Descrição dos estudos incluídos por ano, por país e por desenho do estudo**

Autores	Ano	País	Desenho do Estudo	N.º de estudos por ano	N.º de estudos por país	N.º de estudos por desenho do estudo
Gobel	2005	EUA	Revisão da Literatura	1	8	9
Breslin	2007	EUA	Revisão da Literatura	1		
Viale e Yamamoto	2009	EUA	Revisão da Literatura	1		
Vogel	2010	EUA	Revisão da Literatura	1		
Shelton e Shivnan	2011	EUA	Revisão da Literatura	1		
Zetka	2012	EUA	Revisão da Literatura	1		
Vogel	2014	EUA	Revisão da Literatura	1		
Jakel <i>et al</i>	2016	EUA	Revisão da Literatura	2	1	
Gallimore	2016	Inglaterra	Revisão da Literatura			
Roselló <i>et al</i>	2017	Suíça	Revisão Sistemática da Literatura	1	1	1

## DISCUSSÃO

A partir da análise dos artigos selecionados foi possível categorizar a intervenção de enfermagem em quatro principais áreas de atuação no que respeita às RHTA. Assim, de acordo com os resultados que emergem da literatura, o enfermeiro terá particular desempenho na prevenção, diagnóstico, gestão e educação perante as RHTA. As intervenções descritas na literatura em cada uma destas categorias são desenvolvidas adiante. Na tabela 2 encontra-se representada uma compilação dos principais resultados.

### **Prevenção**

A prevenção é a primeira linha de defesa contra as RHS (Gobel, 2005). Na administração de terapêutica antineoplásica os enfermeiros devem estar familiarizados e identificar os factores de risco associados a cada fármaco, de modo a perceber a probabilidade e o tipo de reação que pode desencadear (Breslin, 2007; Vogel, 2010; Gallimore, 2016). Reconhecer os doentes e as situações com maior risco reduz a morbilidade e mortalidade associadas às RHTA (Shelton & Shivnan, 2011), uma vez que permite uma maior supervisão por parte do enfermeiro (Vogel, 2014). As variáveis associadas ao aumento do risco de RHS estão relacionadas com factores pessoais, nomeadamente, co-morbididades (infecções virais), história de alergia medicamentosa, síndromes alérgicas múltiplas, asma, género feminino, idade avançada, exposição anterior ao agente, reação anterior a um fármaco da mesma classe e tratamento de doentes que realizam estes tratamentos pela primeira vez, bem como factores farmacológicos, nomeadamente, toma concomitante de medicação (bloqueadores  $\beta$ -adrenérgicos, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, anti-inflamatórios não esteroides, opióides), características específicas do medicamento, aumento da dose, administração frequente e prolongada, via de administração endovenosa e velocidade de perfusão rápida (Shelton & Shivnan, 2011; Vogel, 2014).

Os enfermeiros devem avaliar os doentes tendo em conta os factores de risco que podem contribuir para desenvolver ou exacerbar uma reação (Vogel, 2014). Realizar uma história prévia clara e detalhada, incluindo a história completa de saúde do doente, as suas experiências em tratamentos anteriores (Gobel, 2005) e os antecedentes de alergias, atopias e tratamentos concomitantes é uma das melhores ferramentas de avaliação de risco para os enfermeiros (Gobel, 2005; Zetka, 2012; Vogel, 2010, 2014; Roselló et al., 2017). Em caso de reação alérgica medicamentosa anterior, esta deve ser bem detalhada, com referência a dose, via de administração, sinais e sintomas, tratamento, recuperação e medicação concomitante (Vogel, 2014). Perante o risco de reações tardias, os enfermeiros devem conhecer o número de ciclos que o doente já realizou, por forma a antecipar possíveis reações (Viale & Yamamoto, 2009). Devem ainda ser identificados todos os medicamentos que o doente utiliza, incluindo suplementos e terapêuticas naturais (Vogel, 2014). Esta avaliação deve ser devidamente documentada, no sentido de alertar os restantes profissionais de saúde para uma possível RHTA (Vogel, 2010).

Também a certificação da toma de pré-medicação oral antes da administração da terapêutica potencialmente causadora de reação, se indicada, é responsabilidade do enfermeiro e pode reduzir o risco de reação (Gobel, 2005; Zetka, 2012; Vogel, 2010, 2014; Roselló et al., 2017). Para além de assegurada, esta confirmação deve também ser documentada (Vogel, 2014).

No caso específico dos anticorpos monoclonais, uma das medidas preventivas para evitar reações tem que ver com a sua forma de administração. Esta terapêutica deve ser administrada em perfusão endovenosa contínua e nunca em bólus (Breslin, 2007). A primeira administração deve ser mais lenta e as subsequentes poderão ser mais rápidas, de acordo com a tolerância e as instruções de administração de cada fármaco (Breslin, 2007). Durante o tratamento, o enfermeiro deve observar o doente e avaliar os sinais vitais com frequência, na procura de alguma evidência de reação, sobretudo na primeira hora (Breslin, 2007).

O enfermeiro deve ter experiência na administração de quimioterapia e reconhecer o nível de risco do doente desenvolver uma RHS quando é submetido a protocolos de dessensibilização (Jakel et al., 2016). Nestes casos, a literatura recomenda que o rácio enfermeiro/doente deve ser de 1:1 e que a primeira dessensibilização deve ser realizada numa Unidade de Cuidados Intensivos, sendo as subsequentes na unidade de oncologia (Jakel et al., 2016). Este rácio deve manter-se durante a realização do procedimento e até 2 horas após o término da perfusão para avaliar reações tardias, devendo manter-se em todos os protocolos subsequentes (Jakel et al., 2016). O enfermeiro deve fazer uma avaliação completa antes de iniciar o protocolo de dessensibilização, incluindo sinais vitais e padrão respiratório, que deve ser repetida no final de cada passo (Jakel et al., 2016). Em caso de reação durante o procedimento, podem ser necessários ajustes nos tratamentos subsequentes, quer nos ritmos de perfusão, quer na pré-medicação, como forma de prevenção (Jakel et al., 2016). O enfermeiro tem um papel preponderante na administração de protocolos de dessensibilização, especialmente na prevenção de complicações (Jakel et al., 2016). Com coordenação multidisciplinar, adequada preparação e cuidados de enfermagem especializados, estes procedimentos de risco podem ser completados de forma segura e o doente mantém o seu tratamento (Jakel et al., 2016).

Uma vez que o enfermeiro reconhece o risco de RHS, a monitorização contínua e a preparação para uma eventual reação asseguram a segurança do



doente (Jakel et al., 2016). Apesar de as reações severas serem pouco frequentes, os enfermeiros devem estar familiarizados com estes eventos adversos e saber como identificar os doentes com maior risco, de forma a poder tomar medidas preventivas (Breslin, 2007; Vogel, 2010).

### **Diagnóstico**

Os enfermeiros devem estar alerta para a possibilidade de ocorrerem sinais de reação durante ou imediatamente após a administração do fármaco, em todos os ciclos de tratamento (Shelton & Shivnan, 2011; Zetka, 2012), sendo este reconhecimento atempado, essencial (Roselló et al., 2017). Para tal, é fundamental que os enfermeiros tenham conhecimento sobre a terapêutica administrada, nomeadamente o seu perfil toxicológico, e compreendam a fisiopatologia dos diferentes tipos de reações infusionais (Breslin, 2007; Vogel, 2010; Zetka, 2012; Gallimore, 2016). Devem igualmente ter consciência da possibilidade de ocorrência de reações tardias ou reações bifásicas quando administram terapêuticas antineoplásicas (Vogel, 2010; Viale & Yamamoto, 2012). O reconhecimento precoce dos sinais e sintomas por parte dos enfermeiros permite uma adequada e atempada atuação perante as RHS (Viale & Yamamoto, 2009; Zetka, 2012). Assim, os enfermeiros devem vigiar constantemente os doentes que realizam tratamentos com terapêutica antineoplásica, pois o rápido reconhecimento dos doentes com maior risco irá melhorar os resultados da sua atuação (Vogel, 2010).

Antes da administração da terapêutica deve ser realizada uma monitorização inicial do doente, com avaliação dos sinais vitais e do seu estado geral, devendo esta ser devidamente documentada (Vogel, 2010). Durante toda a perfusão, os enfermeiros devem observar de perto o doente e monitorizá-lo continuamente, avaliando os sinais vitais com regularidade e observando eventuais sinais/sintomas de reação, sobretudo na primeira meia hora (Breslin, 2007; Vogel, 2010). Frequentemente, antes de ocorrer uma reação, o doente sente-se estranho ou desconfortável. Estes sinais devem ser relevados pelo enfermeiro e o doente deve ser monitorizado, nomeadamente através da avaliação dos parâmetros vitais (Roselló et al., 2017). Também na administração de protocolos de dessensibilização, o enfermeiro deve monitorizar o ritmo cardíaco e o padrão respiratório durante todo o procedimento, assim como avaliar frequentemente a existência de informação

subjetiva, nomeadamente sintomas como prurido, náusea ou ansiedade, que pode ser indiciadora de uma RHS (Jakel et al., 2016).

É essencial que os enfermeiros possam definir e gerir estratégias que promovam um célere reconhecimento e uma pronta intervenção perante as RHTA, de modo a minimizar as complicações para o doente (Gallimore, 2016).

### **Gestão**

Ao primeiro sinal de reação deve ser parada de imediato a perfusão e mantido o acesso venoso permeável com solução salina (Gobel, 2005; Breslin, 2007; Shelton & Shivnan, 2011; Zetka, 2012; Vogel, 2010, 2014; Jakel et al., 2016; Gallimore, 2016; Roselló et al., 2017). Um dos enfermeiros deve ficar junto do doente para avaliar a sua condição clínica, enquanto outro enfermeiro deve solicitar ajuda (notificar o médico e/ou a equipa de emergência) (Vogel, 2010; Shelton & Shivnan, 2011; Zetka, 2012; Jakel et al., 2016; Gallimore, 2016; Roselló et al., 2017). A interrupção da perfusão e a gestão imediata dos sintomas pode ser um factor diferenciador na evolução da gravidade da reação e distinguir uma reação leve de uma moderada ou grave (Zetka, 2012).

Em caso de RHTA os primeiros procedimentos na sua gestão são os mesmos que em qualquer reação medicamentosa, ou seja, garantir o ABC da ressuscitação (via aérea, respiração e circulação, do inglês *airway, breathing, circulation*) e o nível de consciência do doente (Gobel, 2005; Vogel, 2010, 2014; Roselló et al., 2017). A monitorização do doente implica a avaliação imediata dos sinais vitais e da progressão de sintomas (Gobel, 2005; Shelton & Shivnan, 2011; Zetka, 2012). Esta avaliação de parâmetros vitais deve ser frequente (Gallimore, 2016), com a maioria dos autores a considerarem que se deve manter a cada 2-5 minutos, até estabilização hemodinâmica (Gobel, 2005; Vogel, 2010, 2014; Jakel et al., 2016). Devem ser avaliadas igualmente alterações gastrintestinais, alterações cutâneas, cefaleias, entre outros (Vogel, 2010, 2014).

A atuação do enfermeiro perante uma RHTA deverá ser de acordo com a sintomatologia apresentada pelo doente (Gobel, 2005) e o grau de severidade da reação (Vogel, 2014). Em caso de hipotensão, colocar o doente em posição de *Trendlenburg* (Gobel, 2005; Vogel, 2010; Roselló et al., 2017), em caso de dificuldade respiratória, colocar em posição de sentado, e em caso de inconsciência, colocar o doente em posição de segurança/recuperação (Roselló et al., 2017).

Enquanto isso, preparar e administrar a medicação de urgência, que é igualmente selecionada de acordo com a sintomatologia apresentada (Gobel, 2005; Breslin, 2007; Shelton & Shivnan, 2011; Vogel, 2010, 2014; Gallimore, 2016; Jakel et al., 2016; Roselló et al., 2017). Não existe um regime terapêutico *standard* em caso de reação pois a escolha do medicamento estará sempre relacionada com o tipo de sintomas apresentados e a decisão médica no momento (Jakel et al., 2016). Poderá fazer parte da terapêutica a administração de anti-histamínicos orais ou endovenosos, corticoides endovenosos, nebulização com broncodilatadores e, em reações mais severas/anafilaxia, adrenalina intramuscular (Jakel et al., 2016; Roselló et al., 2017). Administrar oxigénio se necessário e indicado (Gobel, 2005; Breslin, 2007; Vogel, 2014; Jakel et al., 2016; Gallimore, 2016; Roselló et al., 2017). A administração de tratamento adequado na reação inicial pode reduzir o risco de reação tardia (Viale & Yamamoto, 2012).

Após estabilização do doente, avaliar sinais vitais a cada 15 minutos (Gobel, 2005; Vogel, 2010, 2014), até que os sintomas sejam resolvidos (Roselló et al., 2017). Depois de uma RHTA são necessários cuidados de suporte e monitorização constante durante algumas horas para assegurar que a sintomatologia reverteu por completo (Shelton & Shivnan, 2011; Roselló et al., 2017). O tempo de vigilância após a reação deve ser individualizado e definido de acordo com o grau de severidade da reação, grau de capacidade do doente e proximidade de um serviço de urgência (Roselló et al., 2017), no entanto, alguns autores consideram que o doente deve ficar em observação até pelo menos 4 horas após a reação (Gobel, 2005; Vogel, 2010; Vogel, 2014) e, em caso de reações graves, pelo risco de reação bifásica, devem ser vigiados durante um período superior, variável consoante os autores, entre 8 a 12 horas (Vogel, 2014) ou 24 horas, (Gobel, 2005; Vogel, 2010).

Dependendo do tipo de reação e se resolução completa de sintomas após administração de medicação, a perfusão pode ser retomada cuidadosamente, num ritmo reduzido (Breslin, 2007; Zetka, 2012), geralmente a metade do ritmo de perfusão inicial e titulada de acordo com a tolerância (Breslin, 2007). Em caso de reação severa, o tratamento deve ser interrompido (Zetka, 2012). Também no âmbito dos protocolos de dessensibilização, a terapêutica pode ser reiniciada assim que a reação estiver tratada e o doente voltar à sua normalidade (Jakel et al., 2016).

Uma vez que as RHTA podem gerar *distress* psicológico no doente e seus familiares, os enfermeiros devem intervir neste âmbito, de modo a aliviar os sintomas

de medo e de incerteza que surgem face à continuidade do tratamento (Roselló et al., 2017).

A RHTA é um evento adverso que deve ser reportado de acordo com a política de cada organização (Shelton & Shivan, 2011). A documentação detalhada do evento e a classificação precisa da reação são essenciais para a decisão e planeamento do tratamento futuro (Zetka, 2012; Vogel, 2010, 2014; Gallimore, 2016; Roselló et al., 2017). A documentação da reação deve ser completa e pormenorizada, devendo os enfermeiros incluir os seguintes itens: avaliação pré-infusional (terapêutica administrada, doses, ritmo de perfusão e número de ciclos anteriores), sintomas iniciais e progressão dos mesmos, *timing* do início dos sintomas, grau de severidade, modo de atuação, resposta do doente, momento de resolução dos sintomas, seguimento do doente e outras indicações clínicas (Vogel, 2010; Roselló et al., 2017). Para tal poderá facilitar a utilização de um protocolo de documentação da reação (Roselló et al., 2017).

Em todas as organizações devem existir protocolos com algoritmos de atuação, tendo em conta o tipo e a severidade dos sintomas, que deverá ser iniciado de imediato pelos enfermeiros em caso de RHTA, sem necessitar da presença de um médico (Gobel, 2005; Shelton & Shivan, 2011; Viale & Yamamoto, 2012; Zetka, 2012; Vogel, 2010, 2014; Gallimore, 2016; Roselló et al., 2017). Existe, no entanto, pouca evidência e alguma controvérsia relativamente à terapêutica utilizada nestes protocolos (Shelton & Shivan, 2011).

Os enfermeiros devem assegurar que os locais onde se administrem estas terapêuticas estejam equipados com todo o material de urgência necessário para tratar uma RHS e que este seja de fácil acesso (Gobel, 2005; Zetka, 2012; Vogel, 2010, 2014; Roselló et al., 2017). Poderão ter disponível um *kit* de emergência para as RHTA, com os itens necessários à estabilização do doente (Zetka, 2012). A medicação de emergência deve estar facilmente acessível e ser armazenada sempre no mesmo local (Gobel, 2005). No caso da administração de protocolos de dessensibilização, estes aspetos são ainda mais cruciais e o enfermeiro deve garantir a existência e disponibilidade de todo o equipamento de emergência necessário, incluindo oxigénio e material para aspiração e nebulização junto da unidade do doente (Gobel, 2005; Jakel et al., 2016). Para facilitar, pode ser criada uma *check-list* com o material que poderá ser utilizado na administração do protocolo (Jakel et al., 2016).

É necessária uma avaliação minuciosa e uma capacidade de pensamento crítico para lidar com RHTA (Shelton & Shivnan, 2011). Os enfermeiros devem ter consciência das estratégias utilizadas para cuidar de doentes com RHS, reconhecendo que um tratamento adequado e atempado da reação podem garantir resultados mais positivos para o doente (Viale & Yamamoto, 2012). A equipa deve estar formada e treinada em suporte avançado de vida (Gobel, 2005; Vogel, 2014) ou, pelo menos, ser proficiente em suporte básico de vida (Vogel, 2010). Simular situações de RHS pode ajudar a capacitar a equipa e promover maiores níveis de conforto e confiança aos enfermeiros na sua intervenção face à gestão das RHTA (Viale & Yamamoto, 2012).

### **Educação**

A educação do doente é um importante factor que contribui para a prevenção e gestão da reação (Gallimore, 2016), uma vez que é a chave principal para o seu reconhecimento atempado (Vogel, 2014). Os doentes devem ser educados sobre quais os sintomas que podem indiciar uma RHS (Viale & Yamamoto, 2009) e instruídos no sentido de reportar e informar o enfermeiro para o aparecimento de qualquer sintoma incomum durante o tratamento, inexistente no início da perfusão (Breslin, 2007; Zetka, 2012). Os doentes e familiares devem estar informados sobre a possibilidade de ocorrência de reações infusoriais e compreender a importância de reportar estas reações de forma imediata (Vogel, 2010). Informar o doente sobre os efeitos secundários e o risco associado ao seu tratamento enfatiza a importância do rápido reconhecimento da reação (Gallimore, 2016). Devem ser transmitidos esclarecimentos sobre o tratamento, assegurando o acompanhamento de todo o procedimento (Shelton & Shivnan, 2011), tranquilizando o doente e a família. Os doentes e familiares devem ser informados sobre o mecanismo de ação destes fármacos, bem como os eventos adversos que podem causar, assegurando que a generalidade destes eventos é expectável e pode ser tratada facilmente, uma vez que a maioria das reações ocorre de forma ligeira a moderada (Breslin, 2007). No entanto, uma vez ocorrida uma RHS, o doente deve compreender o risco de desenvolver anafilaxia num tratamento futuro e conhecer quais as medidas preventivas (Vogel, 2014). Deve igualmente ser informado sobre a possibilidade de ocorrerem reações tardias, reconhecendo quais os sintomas a serem reportados (Viale & Yamamoto, 2009; Vogel, 2010, 2014) e devem ser fornecidas informações

sobre reações cruzadas entre os vários agentes farmacológicos, de forma a evitar a mesma classe do medicamento que provocou a reação (Vogel, 2014). Também no caso da administração de protocolos de dessensibilização oncológica, o enfermeiro deve esclarecer o doente, não apenas no sentido de compreender o que é o procedimento e a necessidade de o realizar em todos os ciclos de tratamento, como também no sentido de o alertar para a possibilidade de ocorrência de reações tardias, devendo ser imediatamente observado por um profissional de saúde em caso de ocorrência de qualquer sintoma após o tratamento (Jakel et al., 2016). Toda a informação transmitida ao doente e família deve ser providenciada, não apenas de forma verbal, mas também de forma escrita (Vogel, 2014).

A intervenção no âmbito da educação do doente permite reduzir a ansiedade relacionada com as RHTA, sendo fundamental providenciar suporte psicológico e informar o doente de forma abrangente e completa sobre a importância de manter a terapêutica e a possibilidade de ocorrência de reações (Roselló et al., 2017). A avaliação dos aspetos psicológicos e mecanismos de *coping* do doente relativamente às RHS é outra área em que o enfermeiro pode e deve intervir, no sentido de assegurar a continuidade da administração segura do tratamento (Vogel, 2014).

A educação passa, não apenas pelo doente e família, mas também pelos próprios profissionais de saúde. Pelo grau de severidade que as RHTA podem adquirir, todos os profissionais de saúde que administram estes fármacos devem ter formação em suporte avançado de vida (Gobel, 2005; Vogel, 2014). É igualmente importante formar os enfermeiros em relação à gestão das RHS, nomeadamente em relação às doses, vias de administração e mecanismos de ação das drogas de urgência (Gobel, 2005).

### ***Limitações da Revisão Scoping***

Não foram encontrados estudos randomizados prospetivos devido à natureza inesperada destas reações. A natureza e desenho dos estudos foi uma limitação desta revisão dado que, na pesquisa efetuada, apenas foi possível selecionar uma revisão sistemática da literatura, sendo os restantes estudos revisões da literatura, sem metodologia de pesquisa explícita e reproduzível, podendo este facto limitar a consistência dos resultados da revisão. Outra limitação está relacionada com o facto de não ter sido avaliada a qualidade metodológica dos estudos incluídos, por não

ser relevante para a revisão *scoping*, logo não é possível fornecer recomendações para a prática, mas apenas apresentar resultados que permitam informar a prática. Considera-se igualmente que a pesquisa foi dificultada pela divergência da terminologia utilizada na evidência relativamente às RHS de reação, variável sobretudo entre os artigos das diferentes especialidades médicas (oncologia e imunoalergologia).

**Tabela 2 – Principais Resultados**

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AUTORES
<b>PREVENÇÃO</b>	
Identificar os factores de risco associados a cada fármaco	Breslin (2007); Vogel (2010); Gallimore (2016)
Reconhecer os doentes e situações com maior risco	Shelton & Shivnan (2011)
Realizar uma história prévia clara e detalhada que permita a avaliação dos factores de risco	Gobel (2005); Vogel (2010, 2014); Zetka (2012); Roselló et al. (2017)
Documentar devidamente todos os detalhes da história	Vogel (2010)
Certificar e documentar a toma da pré-medicação antes de iniciar o tratamento	Gobel (2005); Vogel (2010, 2014); Roselló et al. (2017)
Monitorizar o doente durante e após a perfusão	Zetka, 2012
Reconhecer o nível de risco de desenvolver uma RHS durante a realização de protocolos de dessensibilização	Jakel et al., 2016
Observar o doente e avaliar os sinais vitais com frequência, na procura de alguma evidência de reação	Breslin (2007)
Ter experiência na administração de quimioterapia e reconhecer o nível de risco do doente desenvolver uma RHS quando submetido a protocolos de dessensibilização de modo a prevenir complicações	Jakel et al. (2016)
<b>DIAGNÓSTICO</b>	
Estar alerta para a possibilidade de ocorrerem sinais de reação durante ou após a administração do fármaco	Shelton & Shivnan (2011); Zetka (2012)
Reconhecer a possibilidade de ocorrência de reações tardias ou reações bifásicas	Vogel (2010); Viale & Yamamoto (2012)
Conhecer a terapêutica administrada e compreender a fisiopatologia dos diferentes tipos de reações	Breslin (2007); Vogel (2010); Zetka (2012); Gallimore (2016)
Reconhecer precocemente os sinais e sintomas de forma a permitir uma adequada e atempada atuação da reação	Viale & Yamamoto (2009); Zetka (2012)
Realizar uma monitorização inicial do doente e documentá-la, antes de iniciar a administração terapêutica	Vogel (2010)
Observar o doente e monitorizá-lo continuamente durante toda a perfusão	Breslin (2007); Vogel (2010)
Considerar todos os sinais e sintomas do doente, mesmo que inespecíficos	Roselló et al. (2017)
Nos protocolos de dessensibilização, monitorizar o ritmo cardíaco e o padrão respiratório durante todo o procedimento e avaliar a existência de informação subjetiva indiciadora de uma RHS	Jakel et al. (2016)
Definir e gerir estratégias que promovam um célere reconhecimento e uma pronta intervenção perante as RHTA	Gallimore (2016)
<b>GESTÃO</b>	
Em caso de reação, parar de imediato a perfusão e manter o acesso venoso permeável com solução salina	Gobel (2005); Breslin (2007); Vogel (2010, 2014); Shelton & Shivnan (2011); Zetka (2012); Jakel et al. (2016); Gallimore (2016); Roselló et al. (2017)
Avaliar de imediato a condição clínica do doente e solicitar ajuda (notificar o médico e/ou a equipa de emergência)	Vogel (2010); Shelton & Shivnan (2011); Zetka (2012); Jakel et al. (2016); Gallimore (2016); Roselló et al. (2017)
Garantir o ABC da ressuscitação (via aérea, respiração e circulação) e o nível de consciência do doente	Gobel (2005); Vogel (2010, 2014); Roselló et al. (2017)
Monitorizar o doente, com avaliação imediata dos sinais vitais e da progressão de sintomas	Gobel (2005); Shelton & Shivnan (2011); Zetka (2012)
Manter avaliação de parâmetros vitais com frequência até estabilização hemodinâmica.	Gobel (2005); Vogel (2010, 2014); Gallimore, 2016; Jakel et al. (2016)
Avaliar toda a sintomatologia existente (alterações gastrointestinais, alterações cutâneas, cefaleias, entre outros)	Vogel (2010, 2014)
Atuar de acordo com a sintomatologia do doente	Gobel (2005)



Atuar de acordo com o grau de severidade da reação	Vogel (2014)
Preparar e administrar a medicação de urgência, selecionada de acordo com a sintomatologia apresentada	Gobel (2005); Breslin (2007); Vogel (2010, 2014); Shelton & Shivnan (2011); Gallimore (2016); Jakel et al. (2016); Roselló et al. (2017)
Administrar oxigénio se necessário e indicado	Gobel (2005); Breslin (2007); Vogel (2014); Jakel et al. (2016); Gallimore (2016); Roselló et al. (2017)
Após estabilização do doente, avaliar sinais vitais a cada 15 minutos, até os sintomas recorrentes serem resolvidos	Gobel (2005); Vogel (2010, 2014); Roselló et al. (2017)
Depois de uma RHTA assegurar cuidados de suporte, monitorização e vigilância constantes durante algumas horas, variável de acordo com o tipo e a gravidade da reação	Gobel (2005); Vogel (2010, 2014); Shelton & Shivnan (2011); Roselló et al. (2017)
Intervir no âmbito do <i>distress</i> psicológico, de modo a aliviar os sentimentos de medo e de incerteza no doente	Roselló et al. (2017)
Reportar o evento de acordo com a política de cada organização	Shelton & Shivnan (2011)
Documentar detalhadamente e classificar de forma precisa a reação	Vogel (2010, 2014); Zetka (2012); Gallimore (2016); Roselló et al. (2017)
Atuar de acordo com protocolos e algoritmos de atuação, que devem ser iniciados pelo enfermeiro, sem necessidade da presença de um médico	Gobel (2005); Vogel (2010, 2014); Shelton & Shivnan (2011); Viale & Yamamoto (2012); Zetka (2012); Gallimore (2016); Roselló et al. (2017)
Assegurar que os locais onde se realizam os tratamentos estão equipados com o material de urgência e que este seja de fácil acesso	Gobel (2005); Zetka (2012); Vogel (2010, 2014); Roselló et al. (2017)
Ter disponível um <i>kit</i> de emergência para as RHTA	Zetka (2012)
Assegurar que a medicação de emergência está facilmente acessível e é armazenada sempre no mesmo local	Gobel (2005)
Garantir a existência e disponibilidade do equipamento de emergência nos protocolos de dessensibilização	Gobel (2005); Jakel et al. (2016)
Criar uma <i>check-list</i> com o material que poderá ser utilizado na administração do protocolo	Jakel et al. (2016)
Estar treinado em suporte avançado de vida ou ser proficiente em suporte básico de vida	Gobel (2005); Vogel (2014)
Simular situações de RHS para formar os enfermeiros e promover maiores níveis de conforto e confiança	Viale & Yamamoto (2012)
<b>EDUCAÇÃO</b>	
Educar o doente sobre os sintomas que podem indiciar uma RHS	Viale & Yamamoto (2009)
Instruir no sentido de reportar o aparecimento de qualquer sintoma incomum durante o tratamento	Breslin (2007); Zetka (2012)
Informar sobre a possibilidade de ocorrência de uma reação e importância de a reportar de imediato	Vogel (2010)
Informar sobre os efeitos secundários e o risco associado ao tratamento	Gallimore (2016)
Esclarecer sobre o tratamento, assegurando o acompanhamento de todo o procedimento	Shelton & Shivnan (2011)
Informar sobre o mecanismo de ação destes fármacos, bem como os eventos adversos que podem causar	Breslin (2007)
Assegurar que a generalidade destes eventos é expectável e pode ser tratada facilmente	Breslin (2007)
Informar sobre risco de desenvolver anafilaxia num tratamento futuro e conhecer as medidas preventivas	Vogel (2014)
Informar sobre a possibilidade de ocorrerem reações tardias e quais os sintomas a serem reportados	Viale & Yamamoto (2009); Vogel (2010, 2014)
Informar sobre reações cruzadas, de forma a evitar a mesma classe do medicamento que provocou a reação	Vogel (2014)
Fornecer esclarecimentos sobre os protocolos de dessensibilização e a possibilidade de surgirem reações tardias	Jakel et al. (2016)
Transmitir a informação ao doente e família de forma verbal e escrita	Vogel (2014)
Providenciar suporte psicológico ao doente e família	Roselló et al. (2017)
Avaliar os aspetos psicológicos e mecanismos de <i>coping</i> do doente relativamente às RHS	Vogel (2014)
Ter formação em suporte avançado de vida ou ser proficiente em suporte básico de vida	Gobel (2005); Vogel (2010, 2014)
Ter formação relativa à gestão das RHS	Gobel (2005)

## CONCLUSÕES

A presente revisão *scoping* da literatura evidencia a amplitude do papel do enfermeiro e a complexidade das suas intervenções face às RHTA. Os resultados demonstram a dimensão do papel do enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa com RHTA, sendo a sua atuação alargada a vários níveis, com diversas intervenções dependentes e interdependentes, exercendo um papel central fundamental no seio da equipa multidisciplinar. Emergiram da literatura quatro áreas de intervenção de enfermagem na abordagem das RHTA, sendo possível categorizar a sua atuação em termos de prevenção, diagnóstico e gestão das RHTA e educação do doente com RHTA. O resultado com maior evidência está relacionado com a importância da adequada preparação do enfermeiro para ocorrência destas reações, com a exigência de formação adequada e atualizada, sendo este um factor diferenciador na resolução e progressão das reações.

Na análise dos artigos foi possível perceber que as intervenções de enfermagem perante as RHTA identificadas são semelhantes, apesar da diversidade temporal entre os artigos. Relativamente a estas intervenções é possível inferir que as quatro categorias são interdependentes e se relacionam diretamente entre si, com o objetivo último de assegurar a segurança do doente que realiza tratamentos com terapêutica antineoplásica e prevenir complicações.

### ***Implicações para a investigação***

Com a realização desta revisão *scoping* foi possível perceber a existência de lacunas na literatura relativamente à existência de artigos com metodologias de pesquisa explícita e reproduzível e avaliação da qualidade metodológica, direcionados especificamente para os cuidados de enfermagem nas RHTA, pelo que seria pertinente e útil a realização de revisões sistemáticas da literatura sobre o tema, de forma a poder trazer recomendações para a prática.

### ***Implicações para a prática***

Esta revisão *scoping* permite informar a prática sobre os cuidados de enfermagem na prevenção, diagnóstico e gestão das RHTA, bem como na educação do doente sobre estes eventos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005) Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 8(1). 19-32. Disponível em <http://www.journalsonline.tandf.co.uk/openurl.asp?genre=article&eissn=14645300&volume=8&issue=1&spage=19>. Acedido a 12.10.2017.
- Bonamichi-Santos, R. & Castells, M. (2016). Diagnoses and management of drug hypersensitivity and anaphylaxis in cancer and chronic inflammatory diseases: Reactions to taxanes and monoclonal antibodies. *Clinical Reviews in Allergy Immunology*. DOI: 10.1007/s12016-016-8556-5
- Breslin, S. (2007). Cytokine-release syndrome: Overview and nursing implications. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 11(1). 37-42. DOI: 10.1188/07.CJON.S1.37-42.
- Caiado, J. (2016). Hipersensibilidade a fármacos – Tratar, documentar, dessensibilizar. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 24(2). 111-114. Disponível em [http://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/hipersensibilidade-a-farmacos-%E2%80%93-93-tratar-documentar-e-dessensibilizar.pdf](http://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/hipersensibilidade-a-farmacos-%E2%80%93-93-tratar-documentar-e-dessensibilizar.pdf). Acedido a 28.02.2017.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 04 de Setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República I Série A*, n.º 205 (04-09-1996). 2959-2962. Disponível em [https://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2011/02/Decreto-Lei-\\_161\\_96.pdf](https://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2011/02/Decreto-Lei-_161_96.pdf). Acedido a 06.12.2017.
- Demoly, P.; Adkinson, N. F.; Brockow, K.; Castells, M.; Chiriac, A. M.; Greenberger, P.A.; Khan, D. A.; Lang, D. M.; Park, H.-S.; Pichler, W.; Sanchez-Borges, M.; Shiohara, T.; Yu-Hor Thong, B. (2014). International consensus on drug allergy. *Allergy – European Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 69. 420-437. DOI: 10.1111/all.12350.
- Gallimore, E. (2016). Infusion-related risks associated with chemotherapy. *Nursing Standard*. 30(25). 51-58. DOI: 10.7748/ns.30.25.51.s48
- Gobel, B. H. (2005). Chemotherapy-induced hypersensitivity reactions. *Oncology Nursing Forum*. 32(5). 1027-1035. DOI: 10.1188/05.ONF.1027-1035.
- Grant, M. J. & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 reviews types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*. 28. 91-108. DOI: 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x

- Jacobson, J. O.; Polovich, M.; McNiff, K.; LeFebvre, K.; Cummings, C.; Galioto, M.; Bonelli, K. & McCorkle, M. R. (2009). American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards. *Oncology Nursing Forum*. 36(6). 651-658. DOI: 10.1188/09.ONF.651-658.
- Jakel, P.; Carsten, C.; Carino, A. & Braskett, M. (2016). Nursing care of patients undergoing chemotherapy desensitization: Part II. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 20(2), 137-139. DOI: 10.1188/16.CJON.137-139.
- Johansson, S. G. O.; Bieber, T.; Dahl, R.; Friedmann, P. S.; Lanier, B. Q.; Lockey, R. F.; Motala, C.; ... Williams, H. C. (2004). Revised nomenclature for allergy for global use: Report for the nomenclature review committee of the World Allergy Organization, October 2003. *American Academy of Allergy, Asthma and Immunology*. 113(5). 831-836. DOI: 10.1016/j.jaci.2003.12.591.
- Moher D.; Liberati A.; Tetzlaff J.; Altman D.G.; The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*. 6(7). DOI:10.1371/journal.pmed1000097.
- National Cancer Institute. (2010). *Common terminology criteria for adverse events. Version 4.03*. United States Department of Health and Human Services, National Institute of Health. Disponível em [https://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE\\_4.03\\_2010-06-14\\_QuickReference\\_5x7.pdf](https://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_2010-06-14_QuickReference_5x7.pdf). Acedido a 13.03.2017.
- Neuss, M.; Gilmore, T.; Belderson, K.; Billett, A.; Conti-Kalchik, T.; Harvey, B.; Hendricks, C.; ... Polovich, M. (2017). 2016 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards, including standards of Pediatric Oncology. *Oncology Nursing Forum*. 44(1). 31-43. DOI: 10.1188/17.ONF.31-43.
- Palma-Carlos, S.; Carvalho, S.; Almeida, T.; Braga, C.; Borrego, M.; Romeira, A. M.; Gaspar, A.; Leiria Pinto, P. & Rosado Pinto, J. (2007). Hospital de dia na hipersensibilidade a fármacos: Segurança das provas de provocação. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 15(6). 485-497. Acedido a 25.06.2017. Disponível em [http://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/hospital-de-dia-na-hipersensibilidade-a-farmacos:-seguranca-das-provas-de-provocacao.pdf](http://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/hospital-de-dia-na-hipersensibilidade-a-farmacos:-seguranca-das-provas-de-provocacao.pdf)
- Regateiro, F. & Faria, E. (2016). Mecanismos imunopatológicos das reações de hipersensibilidade a fármacos. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 24(2). 63-78. Disponível em [http://www.scielo.mec.pt/pdf/imu/v24n2/24n2\\_a02.pdf](http://www.scielo.mec.pt/pdf/imu/v24n2/24n2_a02.pdf). Acedido a 17.04.2017.

- Romano, A.; Torres, M. J.; Castells, M.; Sanz, M. L. & Blanca, M. (2011). Diagnosis and management of drug hypersensitivity reactions. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 127. 67-73. DOI: 10.1016/j.jaci.2010.11.047.
- Roselló, S.; Blasco, I.; García Fabregat, L.; Cervantes, A. & Jordan, K. (2017). Management of infusion reactions to systemic anticancer therapy: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*. 28(4). 100-118. DOI: 10.1093/annonc/mdx216.
- Shelton, B. & Shivnan, J. C. (2011). Acute hypersensitivity reactions: What nurses need to know. *Johns Hopkins Nursing*. 9(1). 34-36. Disponível em <http://magazine.nursing.jhu.edu/2011/04/acute-hypersensitivity-reactions-what-nurses-need-to-know/>. Acedido a 27.10.2017.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Viale, P. H. & Yamamoto, D. S. (2009). Biphasic and delayed hypersensitivity reactions: Implications for oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14(3). 347-356. DOI: 10.1188/10.CJON.347-356.
- Vogel, W. H. (2010). Infusion reactions: Diagnosis, assessment and management. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14(2). 10-21. DOI: 10.1188/10.CJON.E10-E21.
- Vogel, W. H. (2014). Hypersensitivity reactions to antineoplastic drugs. Capítulo 7. In Yarbro, C. H.; Wujcik, D. & Gobel, B. H. (eds). *Symptom Management* (4ª ed.). (pp. 115-130). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Wilkes, G. (2008). Managing drug infusion reactions: Focus on cetuximab monoclonal antibody therapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 12(3). 530-532. DOI: 10.1188/08.CJON.530-532
- World Health Organization. (1972). International drug monitoring: The role of national centres. Report of a WHO meeting. *World Health Organizations Technical Report Series*. 498. Geneva: WHO. Acedido a 06.12.2017. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40968/1/WHO\\_TRS\\_498.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40968/1/WHO_TRS_498.pdf)
- World Health Organization. (2017). Cancer: Fact sheet. [site oficial]. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>. Acedido a 23.05.2017.
- Zetka, E. S. (2012). The essentials of chemotherapy-induced infusion reactions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 16(5). 527-529. DOI: 10.1188/12.CJON.527-529.

## APÊNDICE I – Estratégia de Pesquisa

Tabela 1 – MEDLINE *with Full Text* (pesquisa realizada a 27 de Outubro de 2017)

Pesquisa ID#	Termos de Pesquisa	Resultados
#18	Limite: Linguagem (inglês, português, espanhol)	175
#17	Limite: Ano publicação ≥ 2005	191
#16	#13 AND #14 AND #15	248
#15	#10 OR #11 OR #12	748,422
#14	#8 OR #9	643,142
#13	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7	345,500
#12	"Nurs*"	748,422
#11	"Nursing practice"	14,305
#10	(MH "Oncology Nursing")	7,233
#9	"Chemotherapy"	378,397
#8	(MH "Antineoplastic Agents+")	357,245
#7	(MH "Desensitization, Immunologic+")	9,883
#6	"Infusion reaction*"	922
#5	"Adverse drug reaction*"	17,246
#4	(MH "Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions+")	102,636
#3	(MH "Hypersensitivity, Delayed+")	29,347
#2	(MH "Hypersensitivity, Immediate+")	209,698
#1	(MH "Drug Hypersensitivity+")	42,619

Tabela 2 – CINAHL *Plus with Full Text* (pesquisa realizada a 27 de Outubro de 2017)

Pesquisa ID#	Termos de Pesquisa	Resultados
#19	Limite: Linguagem (inglês, português, espanhol)	218
#18	Limite: Ano publicação ≥ 2005	224
#17	#14 AND #15 AND #16	296
#16	#11 OR #12 OR #13	758,029
#15	#8 OR #9 OR #10	117, 722
#14	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7	65,672
#13	"Nurs*"	758,029
#12	(MH "Nursing Practice+")	52,567
#11	(MH "Oncologic Nursing+")	13,604
#10	"Chemotherapy"	54,942
#9	(MH "Antineoplastic Agents+")	85,042

#8	(MH “Chemotherapy, Cancer+”)	21,980
#7	(MH “Desensitization, Immunologic+”)	883
#6	“Infusion reaction*”	239
#5	“Adverse drug reaction*”	2,855
#4	(MH “Adverse Drug Event+”)	19,935
#3	(MH “Hypersensitivity, Delayed+”)	3,435
#2	(MH “Hypersensitivity, Immediate+”)	38,134
#1	(MH “Drug Hypersensitivity+”)	5,003

Tabela 3 – Cochrane Central-Register of Controlled Trials (pesquisa realizada a 27 de Outubro de 2017)

Pesquisa ID#	Termos de Pesquisa	Resultados
#16	Limite: Linguagem (inglês, português, espanhol)	37
#15	Limite: Ano publicação ≥ 2005	41
#14	#11 AND #12 AND #13	49
#13	#9 OR #10	23,685
#12	#7 OR #8	42,181
#11	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6	45,072
#10	“Nurs*”	23,685
#9	“Oncolog* nurs*”	420
#8	“Chemotherapy”	39,114
#7	“Antineoplastic Agents”	7,291
#6	“Desensitization”	1780
#5	“Delayed hypersensitivity”	189
#4	“Immediate hypersensitivity”	54
#3	“Infusion reactions”	140
#2	“Adverse drug reaction”	42,735
#1	“Drug hypersensitivity”	1,219

Tabela 4 – Cochrane Database of Systematic Reviews (pesquisa realizada a 27 de Outubro de 2017)

Pesquisa ID#	Termos de Pesquisa	Resultados
#12	#9 AND #10 AND #11	0
#11	#7 OR #8	899
#10	#5 OR #6	479

#9	#1 OR #2 OR #3 OR #4	71
#8	"Nurs*"	899
#7	"Oncolog* nurs*"	4
#6	"Chemotherapy"	426
#5	"Antineoplastic Agents"	158
#4	"Desensitization"	44
#3	"Infusion reactions"	3
#2	"Adverse drug reaction"	21
#1	"Drug hypersensitivity"	5

Tabela 5 – *MedicLatina* (pesquisa realizada a 27 de Outubro de 2017)

Pesquisa ID#	Termos de Pesquisa	Resultados
#16	Limite: Linguagem (inglês, português, espanhol)	1
#15	Limite: Ano publicação ≥ 2005	1
#14	#11 AND #12 AND #13	1
#13	#9 OR #10	2,642
#12	#7 OR #8	1,023
#11	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6	402
#10	"Nurs*"	2642
#9	"Oncolog* nurs*"	21
#8	"Chemotherapy"	948
#7	"Antineoplastic Agents"	110
#6	"Desensitization"	27
#5	"Delayed hypersensitivity"	13
#4	"Immediate hypersensitivity"	75
#3	"Infusion reaction"	2
#2	"Adverse drug reaction"	282
#1	"Drug hypersensitivity"	15

Tabela 6 – *Academic Search Complete* (pesquisa realizada a 27 de Outubro de 2017)

Pesquisa ID#	Termos de Pesquisa	Resultados
#16	Limite: Linguagem (inglês, português, espanhol)	178
#15	Limite: Ano publicação ≥ 2005	182
#14	#11 AND #12 AND #13	224



#13	#9 OR #10	458,969
#12	#7 OR #8	177,272
#11	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6	109,169
#10	"Nurs*"	458,969
#9	"Oncolog* nurs*"	10,563
#8	"Chemotherapy"	130,590
#7	"Antineoplastic Agents"	56,816
#6	"Desensitization"	7,823
#5	"Delayed hypersensitivity"	2,031
#4	"Immediate hypersensitivity"	21,091
#3	"Infusion reactions"	523
#2	"Adverse drug reaction"	79,445
#1	"Drug hypersensitivity"	822

Tabela 7 – The Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews and Implementation Reports (pesquisa realizada a 27 de Outubro de 2017)

Pesquisa ID#	Termos de Pesquisa	Resultados
#5	Limite: Linguagem (inglês, português, espanhol)	6
#4	Limite: Ano publicação ≥ 2005	6
#3	#1 AND #2	6
#2	"Chemotherapy"	455
#1	"Infusion reactions"	6

## APÊNDICE II – Instrumento de Extração e Descrição dos Resultados

Tabela 1 – Instrumento de Extração e Descrição dos Resultados

1	
<b>Título</b>	<i>The Essentials of Chemotherapy-Induced Infusion Reactions</i>
<b>Autores</b>	Zetka, Eric Scott
<b>Ano de Publicação</b>	2012
<b>País de Origem</b>	EUA, Florida
<b>Metodologia</b>	Revisão da Literatura
<b>Objectivos</b>	Discutir as características das reações infusionais relacionadas com a quimioterapia, identificar os factores de risco que contribuem para a sua prevenção e descrever formas de tratamento das mesmas.
<b>Conceito</b>	Intervenções do enfermeiro no reconhecimento dos sintomas e tratamento das reações infusionais relacionadas com a quimioterapia
<b>Conclusões</b>	Os riscos associados às reações infusionais induzidas pela quimioterapia podem ser diminuídos através da avaliação prévia de história de alergias, confirmação da pré-medicação adequada e monitorização cuidadosa durante e após a infusão. Ao estarem cientes dos sinais/sintomas das RHS, os enfermeiros podem gerir adequadamente estas reações, otimizando a segurança do doente e melhorando a eficácia do tratamento.
2	
<b>Título</b>	<i>Acute Hypersensitivity Reactions: What Nurses Need to Know</i>
<b>Autores</b>	Shelton, Brenda; Shivnan, Jane
<b>Ano de Publicação</b>	2011
<b>País de Origem</b>	EUA, Maryland
<b>Metodologia</b>	Revisão da Literatura
<b>Objectivos</b>	Fornecer conhecimento e competências aos enfermeiros para reconhecer e gerir RHS agudas resultantes da administração de terapêutica.
<b>Conceito</b>	Reconhecimento dos factores de risco, sinais/sintomas e intervenção dos enfermeiros na RHS à terapêutica.
<b>Conclusões</b>	AS RHS a alimentos, medicamentos e agentes biológicos, embora pouco frequentes, são potencialmente graves e requerem uma avaliação astuta da enfermagem e competências de pensamento crítico. Nesta abordagem proactiva é primordial o reconhecimento dos factores de risco alérgenos e de sinais/sintomas de reação antes de ameaçar a vida. A preparação prévia do equipamento e medicação de emergência pode minimizar a gravidade do evento adverso associado à RHS.
3	
<b>Título</b>	<i>Biphasic and Delayed Hypersensitivity Reactions: Implications for Oncology Nursing</i>
<b>Autores</b>	Viale, Pamela Hallquist; Yamamoto, Deanna Sanchez
<b>Ano de Publicação</b>	2009

<b>País de Origem</b>	EUA, Califórnia
<b>Metodologia</b>	Revisão da Literatura
<b>Objectivos</b>	Descrever a fisiopatologia das RHS bifásicas e tardias, bem como as estratégias de gestão da anafilaxia.
<b>Conceito</b>	Intervenções de enfermagem na gestão de reações bifásicas e tardias
<b>Conclusões</b>	Os enfermeiros oncológicos devem aumentar a sua consciência relativamente à possibilidade de ocorrência de RHS bifásicas ou tardias. Uma vez que os anticorpos monoclonais são igualmente administrados fora do contexto oncológico, todos os enfermeiros devem reconhecer o risco e os sintomas de uma RHS. Apesar de uma reação bifásica poder ocorrer entre 2-38 horas ou até mais tempo após administração do fármaco, as reações tardias podem ocorrer até algumas semanas mais tarde. Compreender as fases de uma RHS pode facilitar os enfermeiros no reconhecimento e na gestão das RHS bifásicas ou tardias, assim como na educação dos doentes e famílias sobre a possibilidade de ocorrência destas reações.
<b>4</b>	
<b>Título</b>	<i>Nursing Care of Patients Undergoing Chemotherapy Desensitization: Part II</i>
<b>Autores</b>	Jakel, Patricia; Carsten, Cynthia; Carino, Arvie; Braskett, Melinda
<b>Ano de Publicação</b>	2016
<b>País de Origem</b>	EUA, Califórnia
<b>Metodologia</b>	Revisão da Literatura
<b>Objectivo</b>	Reunir a experiência de um centro médico universitário e fornecer um guia de boas práticas para os cuidados de enfermagem a pessoas em sob administração de protocolos de dessensibilização.
<b>Conceito</b>	Uniformização dos cuidados de enfermagem aos doentes que realizam dessensibilização à terapêutica oncológica.
<b>Conclusões</b>	Todos os agentes antineoplásicos são potencialmente causadores de reações infusionais, desde efeitos adversos transitórios até RHS severas. Nestes casos, os protocolos de dessensibilização são uma forma de administração terapêutica segura e eficaz. O enfermeiro tem um papel crucial na implementação do processo de dessensibilização. Ao reconhecer a possibilidade de surgirem reações adversas, garante uma adequada avaliação e preparação, assegurando a segurança do doente. Existindo coordenação multidisciplinar, adequada preparação e cuidados de enfermagem especializados, estes procedimentos de elevado risco podem ser administrados de forma segura, garantindo a continuidade dos tratamentos oncológicos.
<b>5</b>	
<b>Título</b>	<i>Infusion Reactions: Diagnosis, Assessment and Management</i>
<b>Autores</b>	Vogel, Wendy H.
<b>Ano de Publicação</b>	2010
<b>País de Origem</b>	EUA, Tennessee
<b>Metodologia</b>	Revisão da Literatura
<b>Objectivos</b>	Fornecer uma visão geral sobre a patofisiologia das reações infusionais provocadas pelos anticorpos monoclonais.

<b>Conceitos</b>	Conhecimento sobre a patofisiologia associada às reações infusionais e intervenções de enfermagem na prevenção e na gestão das mesmas.
<b>Conclusões</b>	Todos os agentes antineoplásicos são associados ao risco de reações infusionais. Os enfermeiros na área oncológica devem estar especialmente atentos a estas reações. Uma adequada avaliação do doente, prévia ao início do tratamento, pode identificar eventuais fatores de risco. Compreender o fármaco e a patofisiologia dos diferentes tipos de reações infusionais é fundamental para uma adequada detecção de sinais e sintomas, assim como para uma rápida e apropriada gestão da reação. É possível retomar a administração do fármaco, através de provas de provocação e/ou protocolos de dessensibilização, sendo que para essa tomada de decisão é necessária uma adequada avaliação e documentação do evento.
<b>6</b>	
<b>Título</b>	<i>Chemotherapy-Induced Hypersensitivity Reactions</i>
<b>Autores</b>	Gobel, Barbara Holmes
<b>Ano de Publicação</b>	2005
<b>País de Origem</b>	EUA, Chicago
<b>Metodologia</b>	Revisão da Literatura
<b>Objectivo</b>	Ajudar os enfermeiros na compreensão da complexa natureza das RHS relacionadas com a quimioterapia, assim como na eficácia da sua prevenção e gestão
<b>Conceito</b>	Compreensão dos princípios de gestão das RHS
<b>Conclusões</b>	As RHS induzidas pela quimioterapia são potencialmente fatais. Os enfermeiros que administram quimioterapia devem compreender quais os fármacos mais suscetíveis de causar RHS e devem estar preparados para tentar prevenir ou gerir tais reações. Para tal, pode ser necessário a existência de um plano onde devem estar definidas políticas relacionadas com educação, treino, material adequado e medicação necessários para a gestão das RHS.
<b>7</b>	
<b>Título</b>	<i>Infusion-Related Risks Associated with Chemotherapy</i>
<b>Autores</b>	Gallimore, Elizabeth
<b>Ano de Publicação</b>	2017
<b>País de Origem</b>	Inglaterra
<b>Metodologia</b>	Revisão da Literatura
<b>Objectivos</b>	Aumentar o conhecimento dos enfermeiros sobre os riscos relacionados com a infusão na administração de quimioterapia e terapias alvo no tratamento de tumores sólidos.
<b>Conceito</b>	Identificação e reconhecimento atempado dos factores de risco associados à infusão de modo a implementar medidas preventivas e estratégias de gestão adequadas.
<b>Conclusões</b>	Os enfermeiros devem ter um conhecimento dos riscos relacionados com a infusão associados à administração de quimioterapia, de forma a reconhecer sintomas e assegurar medidas de gestão adequadas, caso ocorram estas complicações.

## 8

<b>Título</b>	<b><i>Cytokine-Release Syndrome: Overview and Nursing Implications</i></b>
<b>Autores</b>	Breslin, Sheila
<b>Ano de Publicação</b>	2007
<b>País de Origem</b>	EUA, Califórnia
<b>Metodologia</b>	Revisão da Literatura
<b>Objectivo</b>	Descrever a etiologia e gestão da síndrome de libertação de citocinas em doentes que realizam tratamento com anticorpos monoclonais, de forma a preparar os enfermeiros para prestar melhores cuidados a estes doentes.
<b>Conceito</b>	Intervenções de enfermagem na gestão da reação relacionada com a síndrome de libertação de citocinas.
<b>Conclusões</b>	A síndrome de libertação de citocinas é uma reação comum do hospedeiro a diversos anticorpos monoclonais. A sua gestão representa um novo desafio para os enfermeiros em oncologia. Uma compreensão sobre os princípios relacionados com a libertação de citocinas pode ajudar os enfermeiros na identificação de doentes com risco de desenvolver sintomas severos e minimizar complicações que podem ser potencialmente fatais.

## 9

<b>Título</b>	<b><i>Management of Infusion Reactions to Systemic Anticancer Therapy: ESMO Clinical Practice Guidelines</i></b>
<b>Autores</b>	Roselló, S; Blasco, I.; García Fabregat, L.; Cervantes, A.; Jordan, K. (on behalf of the ESMO Guidelines Committee)
<b>Ano de Publicação</b>	2017
<b>País de Origem</b>	Suíça ( <i>ESMO Head Office</i> )
<b>Metodologia</b>	Revisão Sistemática da Literatura
<b>Objectivo</b>	Melhorar os cuidados prestados aos doentes oncológicos que experienciam reações infusionais durante o seu tratamento.
<b>Conceito</b>	<i>Guidelines</i> de atuação para a gestão das reações infusionais às terapêuticas antineoplásicas.
<b>Conclusões</b>	Torna-se difícil avaliar as reações infusionais à terapêutica antineoplásica através de estudos prospetivos randomizados pela natureza imprevisível destes eventos.

## 10

<b>Título</b>	<b><i>Hypersensitivity Reactions to Antineoplastic Drugs</i></b>
<b>Autores</b>	Vogel, Wendy
<b>Ano de Publicação</b>	2014
<b>País de Origem</b>	EUA, Massachusetts
<b>Metodologia</b>	Revisão da Literatura (Capítulo de Livro)
<b>Objectivo</b>	Auxiliar os enfermeiros da área oncológica no alívio e diminuição dos sintomas associados ao cancro, fornecendo a informação essencial e as ferramentas necessárias para providenciar cuidados de qualidade aos doentes oncológicos.

<b>Conceito</b>	Intervenções de enfermagem nas RHS aos agentes antineoplásicos
<b>Conclusões</b>	<p>As RHS afetam não apenas a qualidade de vida dos doentes, mas também os seus resultados terapêuticos, ao provocarem atrasos no tratamento ou até a sua substituição por outro que não cause esta reação adversa. É necessário que os profissionais de saúde da área oncológica, sobretudo os enfermeiros que administram estas terapêuticas, estejam familiarizados com sinais e sintomas das RHS e reconheçam quais os agentes que conferem maior risco. O enfermeiro irá assegurar a segurança do doente que realiza tratamento com terapêuticas antineoplásicas de diversas formas, nomeadamente, através da avaliação e monitorização contínua do doente, da identificação dos factores de risco, da educação que realiza ao doente e família e da capacidade de reconhecer e agir rápida e adequadamente perante uma RHS.</p>

## **APÊNDICE XI**

Instrumento de observação da prática de enfermagem

## REGISTO DE OBSERVAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS À PESSOA COM RHTA

Data: \_\_\_\_\_

Local/Serviço: \_\_\_\_\_

### CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA

Nome (Iniciais)		Idade	
Nacionalidade		Género	
Diagnóstico		Antecedentes Clínicos	
Protocolo Terapêutico			
Nº Ciclo			
Intenção terapêutica	Neoadjuvante	Adjuvante	Concomitante
			Paliativa

Protocolo Normal		Prova Provocação		Dessensibilização		Testes Cutâneos	
------------------	--	------------------	--	-------------------	--	-----------------	--

### MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA RHTA

		Sim	Não	NA <sup>1</sup>	Observações
Profissionais de Saúde	Realiza a avaliação inicial em consulta de enfermagem antes de iniciar o tratamento				
	✓ Antecedentes pessoais relevantes				
	✓ Histórias anteriores de alergias devidamente caracterizadas e documentadas				
	✓ Identificação de factores de risco				
	✓ Educação ao doente/família sobre possibilidade de ocorrer RHTA				
	Verifica a toma de pré-medicação oral antes de iniciar o tratamento, se indicada				
	Verifica a omissão de fármacos beta-bloqueadores no dia do tratamento (no caso de provocação/dessensibilização), se indicado				
	Avalia parâmetros vitais antes de iniciar a perfusão/procedimento e durante o mesmo, sempre que necessário				
	Conhece os protocolos terapêuticos administrados				
	Cumprir os tempos de perfusão da terapêutica protocolados				
	Certifica a existência de uma via/acesso venoso para administração de terapêutica de emergência				
	Garante o rácio enfermeiro/doente de 1:1 (em caso de provocação/dessensibilização)				

### MEDIDAS DE RECONHECIMENTO/DIAGNÓSTICO DA RHTA

		Sim	Não	NA <sup>1</sup>	Observações
Profissionais de Saúde	Vigia o doente durante o tratamento				
	Questiona o doente sobre a existência de sintomas de RHTA durante a realização do tratamento				
	Valoriza quaisquer sintomas referidos pelo doente durante o tratamento				
	Identifica sinais/sintomas de RHTA durante o tratamento				



MEDIDAS DE GESTÃO DA RHTA					
		Sim	Não	NA <sup>1</sup>	Observações
Gerais	Existem protocolos/ <i>guidelines</i> de atuação em caso de RHTA				
	Existe um <i>kit</i> de emergência / Carro de urgência disponível no local				
	Existe um local/espço físico adequados à realização dos tratamentos				
	Existe informação sobre RHTA disponível na sala de tratamentos				
Profissionais de Saúde	Atua de acordo com norma protocolada em caso de RHTA				
	Solicita assistência médica em caso de RHTA				
	Existe trabalho de equipa multidisciplinar				
	Realiza uma adequada documentação da RHTA				
	✓ Fármaco em administração no momento da reação e/ou administrados anteriormente				
	✓ Caracterização detalhada (ritmo de perfusão, dose/volume administrado, sintomas iniciais e recorrentes...)				
	✓ Medicação administrada no tratamento da reação				
	✓ História clínica de enfermagem completa (número de ciclos, sinais vitais, resposta do doente, ensino ao doente/família)				
	✓ Em caso de reintrodução do fármaco, qual o ritmo e quantidade de fármaco administrado tolerado				
	✓ Documento estruturado para o registo				
	✓ Notificação do Evento Adverso				
Reencaminha para especialidade de imunoalergologia em caso de suspeita ou confirmação de RHTA					

## MEDIDAS DE EDUCAÇÃO SOBRE A RHTA

		Sim	Não	NA <sup>1</sup>	Observações
Profissionais de Saúde	Elucida sobre o reconhecimento de sinais/sintomas que indiciam RHTA				
	Adverte o doente no sentido de reportar quaisquer alterações				
	Esclarece o doente em caso de alterações físicas e/ou RHTA				
	Complementa o ensino com documento de suporte educacional				
	Fornece um Consentimento Informado Esclarecido e Livre de acordo com cada tipo de intervenção a ser realizada				
Doente	Demonstra compreender o ensino realizado				
	Refere os sinais/sintomas em caso de RHTA				
	Assina o Consentimento Informado Esclarecido e Livre de acordo com cada tipo de intervenção a ser realizada				

NOTAS

<sup>1</sup> NA – Não Aplicável / Não se adequa

### Outras Notas:

RHTA – Reação de Hipersensibilidade à Terapêutica Antineoplásica  
Por tratamento entenda-se igualmente procedimento

## **APÊNDICE XII**

Reflexão crítica das práticas de enfermagem observadas em contexto de estágio



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Mestrado em Enfermagem e Pós-Licenciatura de Especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**REFLEXÃO CRÍTICA DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM  
RELACIONADAS COM AS REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE À  
TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA OBSERVADAS EM CONTEXTO  
DE ESTÁGIO**

Inês Gonçalves Vicente Claro  
(Aluna n.º 7393)

Orientação de Professora Eunice Sá

Lisboa  
Janeiro de 2018

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>1 – HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA DA UNIDADE HOSPITALAR A (ESTÁGIO I).....</b>	<b>5</b>
1.1 – Descrição das Práticas no Serviço .....	5
1.2 – Análise dos Registos da Observação .....	8
1.3 – Análise Crítica das Práticas.....	12
<b>2 – HOSPITAL DE DIA DE IMUNOALERGOLOGIA DA UNIDADE HOSPITALAR B (ESTÁGIO II).....</b>	<b>15</b>
2.1 – Descrição das Práticas no Serviço .....	15
2.2 – Análise dos Registos da Observação .....	17
2.3 – Análise Crítica das Práticas.....	18
<b>3 – HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA DA UNIDADE HOSPITALAR C (ESTÁGIO III).....</b>	<b>22</b>
3.1 – Descrição das Práticas no Serviço .....	22
3.2 – Análise dos Registos da Observação .....	24
3.3 – Análise Crítica das Práticas.....	25
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>28</b>

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

CIEL – Consentimento Informado Esclarecido e Livre

HDI – Hospital de Dia de Imunoalergologia

HDO – Hospital de Dia de Oncologia

OE – Ordem dos Enfermeiros

RHS – Reação de Hipersensibilidade

RHTA – Reação de Hipersensibilidade à Terapêutica Antineoplásica

## INTRODUÇÃO

A prática reflexiva é um importante contributo para o desenvolvimento profissional, na medida em que permite a capacitação do enfermeiro para a aquisição e aprofundamento dos seus conhecimentos (Santos & Fernandes, 2004). A reflexão sobre a prática permite aos enfermeiros identificar as suas preocupações, identificar o que é correto ou errado, identificar as competências relacionais, comunicacionais e colaborativas e estabelecer novas formas de desenvolvimento do seu conhecimento (Benner, 2001). Deste modo, a reflexão sobre a prática é um elemento fundamental no processo de aprendizagem e de tomada de decisão, sendo um importante contributo nesta fase de formação avançada e de desenvolvimento de competências na esfera pessoal e profissional.

“A recolha das narrativas e a reflexão interpretativa sobre essas narrativas permite a descoberta de novas competências e novo conhecimento, a identificação de obstáculos às boas práticas e ainda a identificação de áreas de excelência” (Benner, 2001, p.13). Assim, recorreremos à utilização da narrativa para descrever e analisar as práticas observadas nos diferentes contextos de estágio relativas à abordagem das reações de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica (RHTA), com o intuito de refletir sobre os cuidados prestados numa perspetiva crítica, de aprendizagem e de encadeamento entre a teoria e a prática.

A realização deste trabalho visa sobretudo analisar do ponto de vista crítico as práticas observadas nos vários locais de estágio relativamente aos cuidados prestados à pessoa com RHTA, mobilizando os conhecimentos teóricos obtidos através da evidência científica disponível sobre o tema, de modo a trazer contributos que favoreçam a mudança e a melhoria dos cuidados prestados a estes doentes. O presente documento encontra-se organizado de acordo com os contextos onde foram realizados os estágios. Para cada local de estágio é efetuada a descrição das práticas relativamente às diferentes categorias de intervenção do enfermeiro na abordagem das RHTA e à articulação entre os serviços de oncologia e imunoalergologia, são analisados os registos de observação das práticas realizadas em cada serviço e, finalmente, é elaborada uma análise crítica e reflexiva sobre as práticas descritas e observadas, com base na evidência científica, de forma identificar os aspetos positivos e os aspetos que podem ser melhorados.

## **1. HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA DA UNIDADE HOSPITALAR A (ESTÁGIO I)**

O serviço de Hospital de Dia de Oncologia (HDO) da Unidade Hospitalar A faz parte da Unidade de Gestão Intermédia de Medicina desta instituição e encontra-se inserido no Hospital de Dia Polivalente, que engloba as especialidades de Imunoalergologia, Hematologia Clínica, Reumatologia, Infeciologia e Oncologia Médica. Cada especialidade tem equipas médicas e de enfermagem distintas, que trabalham em espaços diferentes, embora partilhem o mesmo pavilhão ambulatorio. Para cada especialidade existe um diretor de serviço, mas apenas uma enfermeira chefe, que gere as várias equipas de enfermagem.

O estágio I decorreu no HDO, no entanto, surgiu a oportunidade de conhecer o Hospital de Dia de Imunoalergologia (HDI) e observar algumas práticas específicas de peritos nesta área de intervenção.

### **1.1. Descrição das Práticas no Serviço**

O HDO presta cuidados a todos os utentes com diagnóstico de doença oncológica, apresentando as valências de consulta médica, consulta de enfermagem, colheitas de sangue para análise e diversos tratamentos antineoplásicos sistémicos. No que respeita à abordagem das RHTA, o HDO trabalha em estreita colaboração com o HDI, permitindo um notável envolvimento da equipa multidisciplinar no acompanhamento e tratamento destes doentes.

#### **Intervenções no âmbito da prevenção das RHTA**

Todos os doentes oncológicos com indicação para realizar tratamentos com terapêutica antineoplásica são recebidos previamente na consulta de enfermagem de acolhimento. Nesta consulta é realizada uma avaliação inicial do doente, onde são averiguados os dados biográficos, dados do convivente significativo, doença atual e antecedentes relevantes (cirúrgicos, alérgicos e outros), medicação concomitante, entre outros. Para além da colheita de dados, são efetuados os

ensinos relativos aos tratamentos, nomeadamente, formas de administração, toxicidade dos fármacos e cuidados associados à prevenção de complicações, fazendo neste âmbito uma breve abordagem das RHTA. O registo de enfermagem relativo à avaliação inicial do doente efetuado nesta consulta é realizado numa plataforma informática, cujo sistema operativo é transversal a todos os serviços e acessível a todos os profissionais de saúde. Nas consultas de enfermagem subsequentes, que antecedem cada tratamento, são avaliados os efeitos da toxicidade terapêutica e o estado geral do doente.

Nos protocolos de quimioterapia que exigem a toma de pré-medicação oral profilática, esta é prescrita através de receita para o domicílio e o doente gere as tomas de acordo com a indicação médica. A confirmação da toma de pré-medicação é efetuada imediatamente antes da administração do tratamento.

#### *Intervenções no âmbito do diagnóstico das RHTA*

Os enfermeiros têm indicação para avaliar os parâmetros vitais antes e após a administração de qualquer tratamento antineoplásico. Nas terapêuticas identificadas com maior risco de provocar reação de hipersensibilidade (RHS), os parâmetros vitais são também avaliados durante primeira hora de administração, a cada 15 minutos (são exemplos os taxanos e os anticorpos monoclonais). Os enfermeiros observam e acompanham os utentes durante a administração dos tratamentos e estão alerta para possibilidade de ocorrerem sinais/sintomas de RHTA durante ou imediatamente após a administração do fármaco. Neste serviço, o rácio enfermeiro/doente na administração de protocolos de terapêutica antineoplásica é, geralmente, de 1:4.

#### *Intervenções no âmbito da gestão das RHTA*

As condições físicas da sala de tratamentos são adequadas ao conforto do doente, mas também à vigilância do mesmo por parte dos enfermeiros, na medida em que é bastante ampla e permite que os enfermeiros mantenham sempre o contacto visual com os seus doentes. As unidades dos doentes são individualizadas e todos os cadeirões são servidos de rampas de oxigénio e de aspiração. Existem



monitores de avaliação de parâmetros vitais em quantidade e dispersos pela sala de tratamentos. Na sala encontra-se afixado um póster sobre reações adversas a citostáticos, com informação teórica relativa às reações adversas a fármacos, com especial ênfase nos diversos tipos de reações à medicação antineoplásica e respetiva abordagem terapêutica, realizado pela equipa multidisciplinar de ambos os serviços, HDO e HDI.

Em caso de RHTA os enfermeiros atuam de acordo com uma norma de procedimento vigente no serviço, realizada em colaboração entre os serviços de oncologia e imunoalergologia, onde constam as drogas a administrar e as medidas a tomar de acordo com a sintomatologia apresentada pelo doente. O médico oncologista é chamado de imediato e gere o tratamento da reação com base na norma de atuação e na sintomatologia do utente. Após estabilização do doente, este permanece em vigilância, de acordo com a indicação médica. Não existe um documento estruturado para o registo de enfermagem relativo às RHS.

#### *Intervenções no âmbito da educação em relação às RHTA*

Na consulta de enfermagem que antecede o início de cada tratamento antineoplásico prescrito são efetuados ensinamentos relativos aos fármacos administrados, efeitos secundários e principais riscos associados ao tratamento. Relativamente à abordagem das RHTA, o enfermeiro alerta para a possibilidade de estas ocorrerem, explica os sinais/sintomas indiciadores e adverte para a importância de os reportar precocemente.

#### *Articulação entre os serviços de oncologia e de imunoalergologia*

Em caso de suspeita de uma RHTA alérgica, o doente é referenciado pelo médico oncologista para a consulta de imunoalergologia medicamentosa. O doente não realiza um novo ciclo de tratamento até ser avaliado nesta consulta. Não existe uma norma de procedimento e/ou de articulação entre os serviços de HDO e HDI.

Na consulta de imunoalergologia medicamentosa, o doente é avaliado pelo médico imunoalergologista. Os testes cutâneos, se indicados, são realizados no HDI com o apoio da equipa de enfermagem deste serviço. Os protocolos de

dessensibilização e/ou provas de provocação são realizados no HDO, ao cuidado dos clínicos de imunoalergologia e com o apoio da equipa de enfermagem deste serviço. Neste caso, estes procedimentos são agendados de acordo com a disponibilidade de ambos os serviços, de modo a garantir a presença contínua do imunoalergologista durante a administração dos fármacos no HDO e um rácio enfermeiro/doente de 1:1 ou 1:2. Antes de iniciar o procedimento, o doente é sempre avaliado pelo imunoalergologista, que fica em permanência da sala de trabalho de tratamento, colaborando na vigilância do doente. O protocolos de provocação e/ou dessensibilização são realizados pelo imunoalergologista tendo em conta as doses e os fármacos prescritos pelo oncologista. Na administração de protocolos de provocação como alternativa terapêutica e/ou nos protocolos de dessensibilização, a pré-medicação oral profilática é prescrita pelo imunoalergologista tendo em conta o tipo de fármaco e o tipo de reação anterior.

Em todos os procedimentos, testes cutâneos, provas de provocação e protocolos de dessensibilização, o imunoalergologista esclarece o doente e fornece um consentimento informado esclarecido e livre (CIEL) individual para cada tipo de procedimento, onde se indicam por escrito, 1) o diagnóstico e/ou descrição da situação clínica, 2) a descrição do ato/intervenção, a sua natureza e objetivos, 3) os benefícios, 4) os riscos graves e riscos frequentes, 5) os atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas e, finalmente, 6) os riscos de não tratamento associados a cada pessoa.

## **1.2. Análise dos Registos da Observação**

Durante a realização do estágio foram efetuados oito registos de observação dos cuidados de enfermagem, que permitem uma análise quer da prática da equipa multidisciplinar à pessoa em regime de tratamento antineoplásico, quer da articulação entre os serviços de oncologia e imunoalergologia no cuidado à pessoa com RHTA. No total foram realizados registos de observação de dois testes cutâneos, duas provas de provocação (uma com intuito diagnóstico e outra como alternativa terapêutica), três protocolos de dessensibilização e uma RHTA imediata

durante a administração de um protocolo de quimioterapia. A análise dos registos de observação é apresentada individualmente de acordo com o tipo de procedimento.

Os testes cutâneos foram efetuados no HDI. Foram observados testes cutâneos à oxaliplatina, realizados a uma utente de 62 anos com diagnóstico de neoplasia do cólon e observados testes cutâneos à carboplatina, aplicados a uma utente de 66 anos com diagnóstico de neoplasia do útero. Em ambos os casos, foi realizado inicialmente o teste por picada e, após resultado negativo, realizado o teste intradérmico, com diferentes concentrações do fármaco. Todos os testes realizados foram negativos. Em termos de medidas de gestão gerais, o espaço físico era adequado e existia no local equipamento e material de emergência disponíveis e devidamente identificados. O enfermeiro recebeu e acomodou as utentes na sala, explicou de forma breve o procedimento, avaliou os parâmetros vitais antes e após o procedimento e, durante a realização dos testes, vigiou as utentes e questionou a existência de sinais/sintomas de reação. Não foi realizada uma consulta de enfermagem prévia ao procedimento, por não ser prática no serviço. Todos os procedimentos técnicos relacionados diretamente com a realização dos testes cutâneos foram realizados pelo imunoalergologista, bem como o seu registo em impresso próprio. Não foram tidos em conta os cuidados à pele após realização dos testes cutâneos com terapêutica antineoplásica, por não ser prática do serviço. Verificou-se a utilização do equipamento de proteção individual apenas pelo médico que realizou os testes cutâneos. Ambas as utentes tinham assinado o CIEL.

Relativamente aos registos de observação das provas de provocação e dos protocolos de dessensibilização, estes são analisados em simultâneo, uma vez que os cuidados de enfermagem associados a cada um dos procedimentos são idênticos. No que respeita às **medidas de prevenção** das RHTA foi possível perceber através dos registos de enfermagem retrospectivos relativos à consulta de enfermagem de acolhimento que, em todas as situações, tinha sido realizada uma colheita de dados relativa a antecedentes pessoais relevantes e histórias anteriores de alergias, no entanto, nenhum dos registos fazia referência aos ensinos realizados ao doente/família relativamente às advertências realizadas sobre as RHTA, pelo que não foi possível verificar se efetivamente foram realizados. Em nenhuma das situações estava prescrita pré-medicação para domicílio, pelo que não foi necessário verificar a sua toma. Nas duas situações com indicação para suspender a toma de

fármacos beta-bloqueadores, esta omissão foi confirmada pelos enfermeiros antes de iniciar o tratamento. Em todas as situações foram avaliados os parâmetros vitais antes de iniciar o tratamento, cada vez que era aumentada a velocidade de perfusão e no término do tratamento. Em todas as situações observadas foram cumpridos os tempos de perfusão de acordo com a prescrição de cada protocolo e garantida a existência de uma via endovenosa de administração de terapêutica de emergência livre. O rácio enfermeiro/utente de 1:1 foi cumprido em duas situações e de 1:2 nas restantes três situações. Relativamente às **medidas de diagnóstico** das RHTA, os profissionais de saúde demonstraram conhecer a terapêutica administrada e reconhecer os factores de risco associados em todas as situações. O utente foi continuamente monitorizado e questionado relativamente à existência de sintomas de RHS durante a realização do tratamento. Quanto às **medidas de gestão**, não foi observada RHS durante a realização dos protocolos, pelo que não foi possível verificar a atuação dos profissionais na gestão imediata da mesma. No entanto, relativamente às medidas gerais de gestão da RHTA, verificou-se a existência de um protocolo de atuação em caso de RHTA conhecido por todos os profissionais, a existência de um *kit* de emergência com terapêutica para administrar em situação de reação imediata e de um carro de urgência devidamente posicionado e identificado na sala, a alocação dos utentes em locais específicos onde pudessem ser continuamente monitorizados e a existência de informação relativa às RHTA visivelmente exposta na sala de trabalho com as medidas de atuação em caso de reação imediata. No que respeita às **medidas de educação** do utente foi possível verificar que, em quatro das situações observadas, o enfermeiro elucidou o doente sobre o reconhecimento de sinais/sintomas de RHS e advertiu no sentido de reportar precocemente qualquer alteração antes de iniciar o tratamento, não tendo sido este ensino realizado em apenas um dos procedimentos. Em nenhuma situação a informação verbal foi complementada com um documento de suporte educacional, por ser inexistente no serviço. Todos os doentes que realizaram as provas de provocação e os protocolos de dessensibilização assinaram um CIEL com informações específicas sobre o procedimento que iriam realizar.

A única situação de RHTA imediata observada em contexto de estágio surgiu numa doente de 68 anos, do género feminino, com diagnóstico de neoplasia do pulmão, a realizar o 2º ciclo de tratamento com etoposido e carboplatina. A reação

surgiu cinco minutos após início da perfusão de etoposido, verificando-se um quadro de suspeita de anafilaxia, em que a doente apresentou subitamente perda de consciência, hipotensão arterial, taquicardia e diminuição da saturação periférica de oxigénio. Na análise do registo de observação das práticas verificou-se que, relativamente às **medidas de prevenção**, a avaliação de enfermagem inicial tinha sido efetuada, com colheita de dados sobre antecedentes pessoais e alérgicos relevantes, no entanto, não se encontravam descritos os ensinamentos efetuados sobre a possibilidade de ocorrência de RHTA, permanecendo a dúvida sobre a sua realização. Antes de iniciar o tratamento foram avaliados os parâmetros vitais e o enfermeiro demonstrou conhecer o protocolo terapêutico, para além de reconhecer o factor de risco associado a estes fármacos específicos. Quanto às **medidas de diagnóstico**, o enfermeiro encontrava-se a vigiar de perto o doente, valorizou as suas queixas específicas e identificou de imediato os sinais/sintomas de RHS. Ao nível das **medidas de gestão** da RHTA, a sua atuação foi de acordo com a norma de atuação vigente no serviço. Foi parada a perfusão e chamada imediatamente ajuda, tendo-se confirmado um adequado trabalho de equipa multidisciplinar na gestão e tratamento da reação. Relativamente à documentação da RHS, verificou-se que foi registado o fármaco em administração no momento da reação, esta foi caracterizada de forma detalhada (com indicação do momento do início da reação, sinais/sintomas observados, ritmo de perfusão e volume administrado), foi descrita a medicação administrada para tratamento da reação e a indicação médica para não reintrodução do fármaco. No entanto, verificou-se que não foram registadas as diversas avaliações de sinais vitais realizadas durante a reação, a resposta efetiva do doente, o tempo de permanência do doente no serviço para vigilância, nem o ensino realizado ao doente/família. Não foi efetuada a notificação do evento adverso, pelo menos, não imediatamente após a ocorrência da reação. Quanto às **medidas de educação**, após estabilização da utente, esta foi esclarecida relativamente ao sucedido, bem como os familiares que a acompanhavam, no entanto, o ensino não foi complementado por um documento de suporte educacional, por não ser uma prática realizada no serviço. Não foram igualmente efetuados os ensinamentos relativos à possibilidade de ocorrência de RHTA tardias, importância de vigiar eventuais sinais/sintomas e respetivas medidas a tomar caso ocorressem.

### **1.3. Análise Reflexiva das Práticas**

De um modo geral, as práticas de enfermagem relativas à abordagem das RHTA vão de encontro ao descrito na evidência científica, no entanto, existem alguns aspectos que importam analisar e refletir, numa perspetiva de melhoria e evolução dos cuidados.

São vários os aspetos positivos e reveladores de boas práticas observadas neste local de estágio, a destacar a consulta de enfermagem de acolhimento com avaliação dos factores de risco de RHTA e ensinamentos bastante completos sobre a terapêutica e complicações associadas, a noção dos factores de risco e adoção de medidas preventivas adequadas, a normalização dos procedimentos de atuação e, sobretudo, a relação multidisciplinar eficiente e bem articulada entre as especialidades de oncologia e imunoalergologia no cuidado à pessoa com RHTA.

Benner (2001) refere que é fundamental exigir coordenação e trabalho de equipa para garantir uma prestação de cuidados eficazes, contínuos e seguros, bem como para manter a moral da equipa. De facto, a excelente relação e trabalho de equipa multidisciplinar observada entre médicos e enfermeiros dos serviços de HDO e HDI foi um dos principais contributos deste local de estágio. Este aspeto está relacionado não apenas com a abordagem das RHTA, cuja boa relação entre a equipa multidisciplinar se reflete na qualidade dos cuidados prestados à pessoa com RHTA observados, mas também numa perspetiva pessoal ao nível da aprendizagem e desenvolvimento profissional, uma vez que a articulação na equipa multiprofissional e a tomada de decisão em equipa são competências do enfermeiro preconizadas para prática avançada (OE, 2010).

Não obstante, e uma vez que se pretendia que o estágio fosse um meio facilitador de reflexão e aprendizagem experiencial, consideram-se algumas sugestões de melhoria relativas às práticas observadas, tendo em conta a evidência científica estudada.

Nas consultas de enfermagem de acolhimento, os ensinamentos efetuados relacionados com a possibilidade de ocorrência de RHTA deveriam ser registados em notas de enfermagem pois, para além de darem visibilidade ao cuidado de enfermagem prestado, permitem avaliar a necessidade de reforçar o mesmo ensino em contactos subsequentes. Deveria igualmente ter sido feita referência à

possibilidade de ocorrerem RHTA tardias e realizados os ensinamentos relativos às mesmas, pois um doente informado e esclarecido é capaz de identificar problemas e agir de forma mais adequada em caso de necessidade (Viale & Yamamoto, 2009; Vogel, 2010, 2014). Por outro lado, seria benéfico se, para além de esclarecer sobre o tratamento e efetuar os ensinamentos relativos às RHTA, o enfermeiro aproveitasse o momento da consulta para tranquilizar o utente relativamente a estes eventos adversos, referindo que são expectáveis (Breslin, 2007) e garantindo que os enfermeiros se encontram preparados para gerir e tratar estes acontecimentos (Shelton & Shivnan, 2011). Estes esclarecimentos permitem reduzir o grau de ansiedade do doente que, geralmente, já se encontra elevado devido à sua situação de doença e aumenta nestes casos, devido aos sentimentos de incerteza e insegurança (Roselló, Blasco, García Fabregat, Cervantes & Jordan, 2017). Poderia igualmente ser útil e importante complementar esta informação que é transmitida ao utente/família com um instrumento de suporte educacional escrito (Vogel, 2014). Por ter sido identificado este facto e em concordância com a equipa multidisciplinar do serviço, foi desenvolvida uma proposta de um instrumento de suporte educacional para o utente sobre as RHTA. Outro dos aspetos a melhorar está relacionado com a pré-medicação oral profilática, abordada pelo enfermeiro apenas para confirmação da toma imediatamente antes do tratamento. Seria benéfico reforçar o ensino sobre esta terapêutica na consulta de enfermagem subsequente que se realiza no dia anterior ao tratamento, com o intuito de aumentar a sua adesão, e documentá-lo em registo de enfermagem (Vogel, 2010, 2014; Roselló et al., 2017). Sugere-se que também os registos de enfermagem relativos à RHTA poderiam ser melhorados pois, tal como se verificou através dos registos de observação das práticas, a documentação da reação não apresentava o nível de detalhe sugerido na evidência (Zetka, 2012; Vogel, 2010, 2014; Gallimore, 2016; Roselló et al., 2017), considerando-se que seria facilitador a existência de um documento estruturado para o registo da RHTA ou uma *check-list* orientadora, de modo a garantir o registo de toda a informação necessária (Roselló et al., 2017).

Relativamente à realização dos testes cutâneos, sugere-se que deveriam ser considerados os cuidados à pele, sobretudo no que respeita à vigilância de alterações cutâneas nos dias/semanas após a realização do procedimento. Quando relacionado com o tratamento oncológico, um extravasamento pode ser definido

como uma infiltração inadvertida de fármacos citostáticos nos tecidos subcutâneos ou subdérmicos na área circundante do local de administração (Fidalgo et al., 2012). Apesar de existir pouca evidência relativamente aos cuidados à pele após realização de testes cutâneos com terapêutica antineoplásica, é expectável que, ao introduzir no interior da derme fármacos com propriedades vesicantes, irritantes, esfoliantes e inflamatórias, é causado de forma advertida um dano ao doente. Por esta razão, considera-se que deveriam ser tomadas medidas no sentido de prevenir complicações associadas a este procedimento que, apesar de necessário, pode trazer algum tipo de riscos associados, nomeadamente, alterações da integridade cutânea, devendo por isso ser tomadas as mesmas medidas utilizadas em caso de extravasamento de citostáticos.

A última apreciação está relacionada com o facto de, apesar de existir uma boa articulação entre os serviços de oncologia e imunoalergologia, seria pertinente a criação de um protocolo de articulação que formalizasse todos os procedimentos entre ambos os serviços, sobretudo ao nível da referenciação e do acompanhamento do utente, de modo a garantir a continuidade dos cuidados por todos os intervenientes.



## **2. HOSPITAL DE DIA DE IMUNOALERGOLOGIA DA UNIDADE HOSPITALAR B (ESTÁGIO II)**

O HDI da Unidade Hospitalar B está inserido no Centro Ambulatório, constituído pelo HD de Hematologia e o HD IAREM, que reúne as especialidades de Imunoalergologia, Reumatologia, Endocrinologia e Medicina. O estágio II foi realizado no HD IAREM e a observação e prestação de cuidados incidiu exclusivamente sobre os doentes afetos à especialidade de imunoalergologia.

### **2.1. Descrição das Práticas no Serviço**

O serviço de HDI da Unidade Hospitalar B, para além dos procedimentos realizados aos doentes do foro da imunoalergologia, colabora com o HDO da mesma instituição, no que respeita ao acompanhamento de doentes oncológicos que tiveram uma RHTA. Ao doente que teve uma RHS no HDO durante a realização de um tratamento ou em caso de RHTA tardia, é pedida pelo oncologista uma consulta de imunoalergologia medicamentosa, sendo encaminhado para o serviço de HDI. Após marcação desta consulta, é avaliado pelo imunoalergologista que faz o diagnóstico da reação e decide as medidas a tomar. Se confirmada RHTA e decidida a realização de dessensibilização oncológica, o doente passa a realizar os seus tratamentos no HDI. A observação e prestação de cuidados incidiram exclusivamente sobre o doente a realizar protocolos de dessensibilização, pelo que serão descritas e analisadas apenas as práticas relativas a este procedimento.

#### **Intervenções no âmbito da prevenção das RHTA**

O doente que realiza dessensibilização oncológica pela primeira vez é recebido no HDI pelo enfermeiro, que apresenta o serviço e explica de forma breve o tipo de procedimento a ser realizado. Não existe uma consulta de enfermagem de acolhimento devidamente estruturada e formalizada, embora este seja um projeto que já se encontra em fase aprovação para ser desenvolvido neste serviço. A realização das provas e/ou dos protocolos de dessensibilização são agendadas para

o mesmo dia da semana, de forma a garantir a disponibilidade de um imunoalergologista sempre presente na sala de trabalho durante a sua realização.

#### *Intervenções no âmbito do diagnóstico das RHTA*

O espaço físico onde se realizam os tratamentos é relativamente pequeno, pelo que os enfermeiros conseguem vigiar permanentemente o doente. Os enfermeiros avaliam os parâmetros vitais antes e após a administração de qualquer tratamento antineoplásico.

#### *Intervenções no âmbito da gestão das RHTA*

Existe uma norma de cuidados de enfermagem a doentes que realizam dessensibilização oncológica, uma norma de cuidados de enfermagem a doentes que realizam dessensibilização medicamentos/protocolo de indução de tolerância de medicamentos e uma norma de tratamento de reações adversas à perfusão de agentes antineoplásicos, todas disponíveis no serviço.

A sala onde se realizam os tratamentos encontra-se equipada com o material necessário para atuação em caso de emergência, nomeadamente rampas de oxigénio e de aspiração, assim como um carro de emergência na sala de trabalho, devidamente identificado e de fácil acesso.

#### *Intervenções no âmbito da educação em relação às RHTA*

No final do procedimento é fornecido ao doente o *Guia de Acolhimento ao Utente e Família do Centro Ambulatório*, que apenas contém informações relacionadas com o funcionamento do serviço no geral.

#### *Articulação entre os serviços de oncologia e de imunoalergologia*

A articulação entre os serviços de oncologia e imunoalergologia é sobretudo ao nível da classe médica. O contacto entre as equipas de enfermagem de ambos os serviços é efetuada apenas quando necessário, geralmente por telefone.

## 2.2. Análise dos Registos da Observação

No sentido de analisar e compreender a prática desta equipa multidisciplinar à pessoa em regime de tratamento antineoplásico e a articulação entre os serviços de oncologia e imunoalergologia no cuidado à pessoa com RHTA, foram realizados registos de observação da prática de enfermagem durante este estágio. No total foram realizados cinco registos de observação, quatro relativos à administração de protocolos de dessensibilização e um relativo à realização de testes cutâneos.

A análise dos registos de observação da administração de protocolos de dessensibilização oncológica será efetuada em simultâneo, por se tratar do mesmo procedimento e os cuidados serem idênticos. Em termos de **medidas de prevenção** das RHTA, verificou-se que em todas as situações analisadas os enfermeiros não realizaram uma avaliação inicial ao utente com colheita de dados completa sobre antecedentes pessoais e alérgicos e identificação dos factores de risco. Apesar de terem acesso ao diário clínico do imunoalergologista, onde constava grande parte da informação, não tinham acesso aos registos de enfermagem do HDO. Em nenhuma das situações foi necessário confirmar a toma de pré-medicação no domicílio, uma vez que esta não tinha sido prescrita. Os parâmetros vitais foram avaliados no início e no final da dessensibilização, bem como a cada mudança de velocidade de perfusão. Os enfermeiros tinham conhecimento do protocolo de dessensibilização, no entanto, não conheciam muitas das especificidades dos fármacos antineoplásicos. Os tempos de perfusão foram cumpridos de acordo com o protocolado e foi garantida a existência de uma via de administração endovenosa para utilização em caso de urgência. Em todas as situações observadas verificou-se um rácio enfermeiro/doente de 1:2. Nas **medidas de diagnóstico**, observou-se em todas as situações que o doente foi vigiado continuamente durante o tratamento, no entanto, não se verificou o cuidado de questionar a existência de sintomas durante a perfusão. Em nenhuma das situações se verificou RHS durante a administração dos protocolos de dessensibilização, pelo que não foi possível observar as **medidas de gestão** imediatas. Em termos de medidas de gestão gerais, existiam no serviço normas de atuação que eram conhecidas e encontravam-se disponíveis a todos os profissionais de saúde, existia um carro de emergência na sala e era preparada previamente terapêutica para administração imediata em situação de urgência. Em

termos de **ensino ao doente**, não houve o cuidado de elucidar sobre o reconhecimento de sinais/sintomas indiciadores de RHTA, nem de advertir para a necessidade de reportar estes sintomas atempadamente por parte dos enfermeiros, em nenhuma das situações observadas. No entanto, os utentes assinaram o CIEL relativo à dessensibilização oncológica, fornecido pelo imunoalergologista na consulta.

Relativamente à análise do registo de observação dos testes cutâneos, estes foram realizados a uma doente de 61 anos, com diagnóstico de neoplasia do cólon e suspeita de RHTA à oxaliplatina. Os testes cutâneos foram efetuados no HDI pelo imunoalergologista, sem qualquer intervenção da equipa de enfermagem. Foi realizado em primeiro lugar o teste cutâneo por picada e, posteriormente, o teste intradérmico, ambos negativos. Verificou-se a avaliação dos parâmetros vitais antes e após a realização dos testes. O médico elucidou o utente sobre o procedimento e sobre os sintomas que poderiam surgir, no entanto, não foi assinado o CIEL. Não foram prestados os cuidados à pele, nem efetuados ensinamentos relativos à vigilância do membro onde foram realizados os testes cutâneos. Não foi utilizado equipamento de proteção individual durante a realização dos mesmos por parte do profissional.

### **2.3. Análise Reflexiva das Práticas**

Neste campo estágio específico procurou-se sobretudo conhecer com maior pormenor a dinâmica de um serviço de imunoalergologia e os cuidados específicos nesta área de intervenção, considerando ser uma mais-valia para o desenvolvimento do projeto. Não obstante, em termos de análise crítica foi obviamente dado ênfase à observação referente à prestação de cuidados ao doente oncológico.

De uma maneira geral, as intervenções de enfermagem no cuidado à pessoa com RHTA eram bastante adequadas e iam de encontro ao recomendado pela evidência científica, no entanto, existem alguns aspetos sobre os quais importa refletir, para além de algumas sugestões de melhoria no que respeita às práticas relacionadas com a abordagem das RHS associadas ao doente oncológico.

Como principais aspetos positivos há a destacar a normalização de procedimentos, com a existência de diversos protocolos e normas de atuação

devidamente fundamentadas e atualizadas, para além de, obviamente, o apoio permanente da equipa clínica diferenciada e especializada no procedimento de dessensibilização oncológica. As intervenções identificadas como objeto de melhoria estão relacionadas com o acolhimento do doente e a melhoria da articulação entre os serviços de HDI e HDO.

Considera-se pertinente a criação de uma consulta de enfermagem, que permitisse conhecer o doente e identificar outros factores de risco associados à realização do tratamento (Breslin, 2007; Vogel, 2010; Gallimore, 2016), para além de ser um momento oportuno para dar a conhecer o serviço e a equipa, explicar os procedimentos e realizar os diversos ensinamentos relativos às RHTA imediatas e tardias ao doente e família, relacionados sobretudo com a identificação de sinais/sintomas de reação e a importância de os reportar precocemente (Breslin, 2007; Viale & Yamamoto, 2009; Vogel, 2010, 2014; Zetka, 2012). Na análise dos registos de observação foi possível verificar a inexistência de um instrumento de suporte educacional escrito relativo à dessensibilização oncológica, contrariando o sugerido pela literatura (Vogel, 2014), o que motivou a realização de uma proposta de um instrumento educacional direccionado exclusivamente para o doente oncológico que realiza dessensibilização à terapêutica antineoplásica naquele serviço.

“A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (OE, 2012, p.10). Na abordagem das RHTA deve ser adotada uma atitude de parceria nos cuidados, pois o doente e família são elementos fundamentais na detecção da reação, quer seja imediata ou tardia, devendo por isso ser devidamente capacitados para tal (Vogel, 2010). As intervenções de enfermagem podem ser otimizadas se toda a unidade familiar for alvo do processo dos cuidados (OE, 2012) e, no caso específico da abordagem às RHTA, verifica-se que a família pode desempenhar um papel fundamental, funcionando como um aliado do doente e dos profissionais de saúde no sucesso desta parceria de cuidados, pelo que deve ser valorizada.

Um outro aspeto considerado necessário ser alvo de melhoria está relacionado com a articulação entre os serviços de HDI e HDO, praticamente inexistente no que diz respeito às equipas de enfermagem de ambos, uma vez que não há comunicação, nem transmissão de informação relativa ao doente. Esta era

uma dificuldade sentida pela equipa, motivo pelo qual foi proposta durante o estágio a elaboração de uma norma de articulação entre os serviços, intitulada *Continuidade dos cuidados de Enfermagem prestados à pessoa que realiza Dessensibilização Oncológica – Articulação entre o Hospital de Dia Imunoalergologia e o Hospital de Dia de Oncologia*, com o propósito de poder vir a ser implementada.

Importa ainda referir um outro aspeto menos positivo, relacionado com o facto de o espaço físico do HDI não permitir a individualização da unidade do doente. Em caso de RHS imediata ou se houver um doente oncológico mais debilitado ou com efeitos secundários associados aos fármacos antineoplásicos, não há forma de garantir a privacidade do doente, nem o seu conforto, uma vez que também não existem camas disponíveis no serviço. Esta questão ultrapassa a equipa de enfermagem, pois está relacionada com a capacidade física e estrutural do serviço mas, ainda assim, merece ser considerada nesta ótica de melhoria de cuidados.

Durante a realização deste estágio surgiu um outro aspeto sobre o qual parece pertinente refletir, que se prende com o facto de perceber qual o serviço mais adequado para o doente oncológico realizar o procedimento de dessensibilização à terapêutica antineoplásica. Neste caso, o doente com indicação para realizar dessensibilização oncológica passa a ser acompanhado exclusivamente pela equipa médica e de enfermagem do HDI durante a realização de um determinado número de ciclos de tratamento, até ao momento em que terá nova consulta com o médico oncologista. As análises pré-tratamento são realizadas na central de colheitas e avaliadas pelo imunoalergologista, que confirma a realização do tratamento e gere com os serviços farmacêuticos o pedido de preparação dos fármacos. Caso haja alguma intercorrência com o doente, nomeadamente efeitos associados a toxicidade ou outras queixas, é contactado o oncologista.

O doente oncológico assume uma complexidade e necessidades específicas inerentes à própria doença, que exigem que os cuidados sejam prestados por profissionais com experiência e competências acrescidas nesta área de intervenção (European Oncology Nursing Society, 2013). Relativamente ao doente oncológico com RHTA, no âmbito da imunoalergologia, o doente tem, neste caso, os melhores cuidados possíveis, numa equipa diferenciada e especializada na administração de protocolos de dessensibilização e na gestão de RHS medicamentosas. No entanto, e segundo a *European Oncology Nursing Society* (2013), os enfermeiros que

prestam cuidados ao doente oncológico têm um importante papel na administração do tratamento, na informação que é transmitida ao doente e na gestão de sintomas, assim são um apoio psicológico e de suporte. Neste caso, parece importante considerar o facto de algumas necessidades específicas do doente oncológico não serem totalmente colmatadas, associado ao facto de a equipa do HDI não se encontrar tão desperta para determinados aspetos que saem da sua área de intervenção. São exemplos, a avaliação de sintomas relativos à toxicidade terapêutica antes de cada tratamento, os esclarecimentos face à doença e gestão de sintomas, a educação sobre a especificidade de determinados fármacos, o espaço físico desadequado para doentes debilitados, a não valorização dos cuidados à pele após realização de testes cutâneos, entre outros. Coloca-se então a questão: deverão os doentes com RHTA submetidos a protocolos de provocação e/ou dessensibilização ser tratados em serviços especializados neste tipo de procedimento, como é o caso do HDI, ou deverão estes doentes ser tratados nos serviços de oncologia, com o apoio e intervenção da imunoalergologia? Durante a realização do estágio foi possível discutir estas ideias com os enfermeiros e a equipa clínica do HDI, no sentido de refletir sobre o que traria maior benefício ao utente, gerando várias opiniões divergentes. A evidência científica não faz distinção quanto aos locais de administração destes procedimentos, fazendo referência apenas às condições e aos meios humanos e técnicos que deverão ser assegurados, para além de referir que o enfermeiro deve conhecer e ter experiência na administração de terapêutica antineoplásica (Zetka, 2012; Vogel, 2010, 2014; Gallimore, 2016; Roselló et al., 2017) e ter formação em suporte avançado de vida (Gobel, 2005; Vogel, 2014). A minha opinião pessoal poderá ser condicionada pelo facto de trabalhar num HDO, no entanto, considero ser mais adequado que o doente oncológico realize este tipo de procedimentos no HDO, acompanhado por enfermeiros da área oncológica que sejam devidamente formados e capacitados para a abordagem das RHTA e administração destes protocolos específicos, e na presença de um oncologista e um imunoalergologista em permanência durante a administração dos mesmos. Deste modo, é mais provável garantir a prestação de cuidados com maior qualidade, individualizados e centrado nas necessidades do doente oncológico com RHTA submetido a provocação e/ou dessensibilização à terapêutica oncológica.

### **3. HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA DA UNIDADE HOSPITALAR C (ESTÁGIO III)**

O HDO da Unidade Hospitalar C pertence ao Centro Clínico de uma instituição de referência nas áreas de diagnóstico e tratamento do cancro e de investigação clínica, tendo sido concebido para a administração de uma vasta gama de tratamentos antineoplásicos sistémicos. Antes de cada tratamento o doente oncológico é sempre avaliado pelo seu médico assistente correspondente à sua Unidade Multidisciplinar de Patologia que, após avaliação dos resultados analíticos e estado geral do utente, confirma ou não a realização do tratamento.

#### **3.1. Descrição das Práticas no Serviço**

Durante a realização do estágio foi possível observar e participar nas consultas de enfermagem e na prestação de cuidados diretos à pessoa a realizar tratamentos com terapêutica antineoplásica. Neste serviço não existe a colaboração da especialidade de imunoalergologia pelo que a abordagem das RHTA é efetuada pela equipa constituída pelos médicos oncologistas e enfermeiros. Em caso de RHTA, geralmente o tratamento é descontinuado e, se possível, iniciada uma nova linha terapêutica adequada ao doente.

#### **Intervenções no âmbito da prevenção das RHTA**

Antes de iniciar o primeiro tratamento ou caso seja alterada a linha terapêutica, o doente tem sempre uma consulta de enfermagem de acolhimento onde são realizados os ensinamentos relativos ao tratamento, nomeadamente nome e efeito dos fármacos administrados, forma e via de administração, efeitos secundários relacionados com a toxicidade e cuidados associados à prevenção de complicações. Relativamente à abordagem das RHTA, o enfermeiro que conduz a consulta alerta para a possibilidade de surgir RHS e para a importância de o doente referir a ocorrência de sinais/sintomas que evidenciem uma RHTA. Por outro lado, caso o protocolo exija a toma de pré-medicação oral, são efetuados todos os



ensinos relativos à mesma, com explicação do objetivo terapêutico e da importância da adesão desta terapêutica na prevenção de reações.

Antes de chamar o utente para a sala, o enfermeiro responsável pelo doente consulta as notas médicas e de enfermagem anteriores, no sentido de verificar a existência de alguma indicação específica para aquele tratamento e perceber se existiu alguma intercorrência nos tratamentos anteriores. Caso esteja indicada a toma de pré-medicação oral prévia, o enfermeiro confirma a sua toma antes de iniciar cada tratamento.

#### *Intervenções no âmbito do diagnóstico das RHTA*

Os enfermeiros, apesar de não conseguirem visualizar permanentemente o doente devido à disposição dos cadeirões na sala de tratamento, são em número suficiente para garantir uma adequada vigilância durante a realização dos tratamentos. Os enfermeiros têm o cuidado de vigiar permanentemente o utente e questionar como se sente, na procura de algum sinal/sintoma que indique uma RHTA. Os parâmetros vitais são avaliados apenas em caso de reação ou na administração de um fármaco em que essa avaliação seja exigida ou que represente um factor de risco.

#### *Intervenções no âmbito da gestão das RHTA*

A sala onde são realizados os tratamentos é bastante ampla e foi pensada e desenhada no sentido de promover a privacidade e o conforto do doente. Todos os cadeirões são individualizados e encontram-se numa unidade específica para cada doente, equipada com rampas de oxigénio e de aspiração, para além de existir uma campanha de emergência que o doente pode utilizar sempre que necessário. Em caso de reação os enfermeiros atuam de acordo com a norma de procedimento vigente no serviço. Não existe um documento para registo da RHTA.

### 3.2. Análise dos Registos da Observação

Foram efetuados registos de observação a seis consultas de enfermagem e seis administrações de terapêutica antineoplásica endovenosa, que serão analisados separadamente, de acordo com o tipo de procedimento.

Analisando os registos de observação das consultas de enfermagem de acolhimento, verificou-se que em todas as consultas foi esclarecido o protocolo terapêutico prescrito e, para além de explicados os efeitos secundários, foram efetuadas advertências relativamente à possibilidade de ocorrerem RHTA, explicados quais os sintomas associados e a importância de serem referidos de imediato. No entanto, verificou-se que não foi fornecida informação específica sobre a possibilidade de ocorrência de RHTA tardias em nenhuma das consultas observadas. Tendo em conta os protocolos terapêuticos abordados em cada consulta, constou-se que em três deles era exigida a toma de pré-medicação oral profilática na véspera do tratamento. Observou-se que nestas três situações foi efetuado o ensino sobre a mesma, bem como realizado um esquema terapêutico escrito com as informações sobre a dose e posologia, de modo a complementar a informação transmitida verbalmente. Relativamente à colheita de dados, verificou-se que não foi confirmada a existência de histórias de alergias anteriores.

Analisando os registos de observação da administração de tratamentos antineoplásicos sistémico, verificou-se que em termos de **medidas de prevenção**, em todas as situações os enfermeiros consultaram os registos clínicos e de enfermagem anteriores. Apenas foram avaliados os parâmetros vitais antes e após o tratamento em duas das situações observadas. Dos seis tratamentos observados, dois tinham indicação para realizar pré-medicação oral e em ambas as situações o enfermeiro confirmou a sua toma antes de iniciar o tratamento e documentou-a em registo de enfermagem. Nas **medidas de diagnóstico**, observou-se em todas as situações que o doente foi vigiado continuamente durante o tratamento, bem como questionado sobre a existência de sintomas de RHS durante a perfusão. Não foram observadas quaisquer RHTA, pelo que não foi possível observar **medidas de gestão** imediata, no entanto, no que respeita às medidas de gestão gerais foi possível confirmar a existência de uma norma de atuação em caso de RHS imediata, que se encontra afixada de forma visível na sala de trabalho, bem como

um carro de emergência corretamente localizado e identificado. Nas **medidas de educação** verificou-se que, em quatro situações, o enfermeiro elucidou o doente e familiares sobre o reconhecimento de sinais/sintomas indiciadores de RHTA e advertiu para a necessidade de reportar estes sintomas imediatamente, o que coincidiu com as terapêuticas que representavam maior risco de desencadear RHS. Em todas as situações verificou-se que os utentes assinaram o CIEL relativo à administração de terapêutica antineoplásica endovenosa.

### **3.3. Análise Reflexiva das Práticas**

De uma maneira geral, as intervenções de enfermagem referentes ao cuidado à pessoa com RHTA revelaram-se bastante adequadas, tendo em conta as recomendações da evidência científica, no entanto, tal como nos locais de estágio referidos anteriormente, surgiram igualmente alguns aspetos sobre os quais importa analisar e refletir.

Começando pelas situações que poderiam ser melhoradas, considera-se que seria pertinente averiguar os antecedentes pessoais e as histórias de alergia na consulta de enfermagem de acolhimento, de modo a garantir uma adequada avaliação dos factores de risco, conforme é descrito na literatura (Breslin, 2007; Vogel, 2010; Shelton & Shivan, 2011; Gallimore, 2016). Deveria, igualmente, ser feita referência à possibilidade de ocorrência de RHTA tardia, com indicação dos sintomas associados e necessidade de observação por um profissional de saúde, caso se verifique (Viale & Yamamoto, 2009; Vogel, 2010, 2014). Por outro lado, considera-se que a avaliação dos parâmetros vitais antes e após a administração do tratamento é uma importante medida de prevenção das RHS, que deve ser alargada a todos os doentes que realizam tratamentos com terapêutica antineoplásica sistémica (Vogel, 2010).

Um dos aspetos diferenciadores deste local de estágio está relacionado com a importância dada por todos os profissionais de saúde daquela instituição ao cuidado centrado na individualidade e nas necessidades de cada pessoa. Este foi, sem dúvida, um dos contributos mais enriquecedores associados a este contexto de estágio. O extremo cuidado prestado de acordo com a individualidade de cada

doente era visível em todas as intervenções de enfermagem, mas no caso específico da abordagem das RHS, este era evidenciado na consulta de enfermagem de acolhimento, na observação do processo clínico do doente antes de iniciar tratamento de modo a identificar factores de risco, na constante vigilância e acompanhamento do doente durante o seu tratamento, na integração dos familiares/pessoas significativas nos cuidados, na preocupação com o ensino ao doente e na sua valorização enquanto parceiro nos cuidados, evidenciando a importância que pode assumir no sucesso do seu tratamento, entre outros. O Modelo de Cuidado Centrado na Pessoa de McCormack & McCance (2006) reforça a necessidade dos enfermeiros atuarem para além das competências técnicas e exige que participem em práticas de cuidados humanísticos, que abranjam todas as formas de conhecimento e atuem na promoção dos cuidados e tomadas de decisão em parceria com o doente. O respeito pela autonomia e individualidade do cliente, a postura empática, o estabelecimento de uma relação de parceria no planeamento dos cuidados, o envolvimento dos familiares/pessoas significativas e o empenho em minimizar o impacto negativo provocado pela mudança associadas à situação de doença, conduzem a níveis de satisfação do cliente mais elevados e, consequentemente garantem a excelência do exercício profissional (OE, 2012). O sucesso da abordagem das RHS passa também por alicerçar as práticas no respeito pela individualidade do doente, adequando as intervenções de enfermagem às suas necessidades e capacidades, de modo a que este possa ser parceiro nos cuidados, aspeto que contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com RHTA.

## CONCLUSÃO

A realização dos estágios em três contextos distintos permitiu uma observação bastante alargada sobre a prática de cuidados à pessoa com RHTA, revelando ser um importante e significativo contributo para a aprendizagem e para o desenvolvimento de competências relacionadas com a prática avançada.

De uma forma geral, as intervenções de enfermagem no cuidado à pessoa com RHTA foram de encontro ao preconizado pela evidência científica em todos os locais de estágio. A elaboração deste trabalho permitiu um olhar mais profundo sobre os cuidados de enfermagem relativos às RHS em diferentes contextos e levou à reflexão sobre a relação entre o que é referido na teoria e o que é observado na prática.

O ato de refletir permite interpretar o que é observado, estruturar o pensamento e encadear a aprendizagem experiencial e teórica, num processo que conduz à mudança das práticas no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Esta reflexão veio trazer contributos para a futura implementação do projeto no que respeita às intervenções de enfermagem à pessoa com RHTA em contexto de Hospital de Dia, sobretudo no que diz respeito à valorização da importância da sistematização e normalização dos procedimentos, da importância da relação multidisciplinar no planeamento dos cuidados e da importância da adequação dos cuidados à individualidade do doente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Ana Albuquerque Queirós, Belarmina Lourenço (trads.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Breslin, S. (2007). Cytokine-release syndrome: Overview and nursing implications. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 11(1). 37-42. DOI: 10.1188/07.CJON.S1.37-42.
- European Oncology Nursing Society (2013). EONS Cancer Nursing Curriculum 2013 (4th ed.). EONS. Disponível em <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf>. Acedido a 27.05.2017.
- Fidalgo, J.; Fabregat, L.; Cervantes, A.; Margulies, A.; Vidall, C.; Roila, F. (ESMO Guidelines Working Group). (2012). Management of chemotherapy extravasation: ESMO–EONS clinical practice guidelines. *Annals of oncology*. 23(7): 167-173. DOI:10.1093/annonc/mds294.
- Gallimore, E. (2016). Infusion-related risks associated with chemotherapy. *Nursing Standard*. 30(25). 51-58. DOI: 10.7748/ns.30.25.51.s48
- Gobel, B. H. (2005). Chemotherapy-induced hypersensitivity reactions. *Oncology Nursing Forum*. 32(5). 1027-1035. DOI: 10.1188/05.ONF.1027-1035.
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a Framework for Person-Centred Nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56(5). 472-479. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf). Acedido a 15.04.2017.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual/Enunciados Descritivos. Conselho de Enfermagem de Dezembro de 2001. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>. Acedido a 20.03.2017.

- Roselló, S.; Blasco, I.; García Fabregat, L.; Cervantes, A. & Jordan, K. (2017). Management of infusion reactions to systemic anticancer therapy: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*. 28(4). 100-118. DOI: 10.1093/annonc/mdx216.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Referência*. (11). 59-62.
- Shelton, B. & Shivan, J. C. (2011). Acute hypersensitivity reactions: What nurses need to know. *Johns Hopkins Nursing*. 9(1). 34-36. Disponível em <http://magazine.nursing.jhu.edu/2011/04/acute-hypersensitivity-reactions-what-nurses-need-to-know/>. Acedido a 27.10.2017.
- Viale, P. H. & Yamamoto, D. S. (2009). Biphasic and delayed hypersensitivity reactions: Implications for oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14(3). 347-356. DOI: 10.1188/10.CJON.347-356.
- Vogel, W. H. (2010). Infusion reactions: Diagnosis, assessment and management. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14(2). 10-21. DOI: 10.1188/10.CJON.E10-E21.
- Vogel, W. H. (2014). Hypersensitivity reactions to antineoplastic drugs. Capítulo 7. In Yarbro, C. H.; Wujcik, D. & Gobel, B. H. (eds). *Symptom Management* (4ª ed.). (pp. 115-130). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Zetka, E. S. (2012). The essentials of chemotherapy-induced infusion reactions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 16(5). 527-529. DOI: 10.1188/12.CJON.527-529.

## **APÊNDICE XIII**

Instrumento de suporte educacional realizado no Estágio II



## TESTES CUTÂNEOS

São utilizados para identificar o risco de RHS.

É aplicada na pele uma pequena quantidade do fármaco suspeito de causar alergia, através de uma pequena picada. Após 15 min., é observada a pele para verificar sinal de reação (inchaço e/ou rubor). O tratamento é definido de acordo com o resultado dos testes efetuados e o tipo de reação anterior.



Imagem 2

## DESSENSIBILIZAÇÃO TERAPÊUTICA

Realiza-se quando os testes cutâneos são positivos e/ou a RHS foi grave.

Permite que o fármaco que provocou a reação seja administrado de forma segura e controlada, através do aumento gradual da concentração e da velocidade de perfusão, até atingir a dose total pretendida. É administrada medicação antialérgica prévia, para prevenir eventuais reações.

Este procedimento tem uma duração de seis ou mais horas e deve ser repetido todos os ciclos ou até nova indicação médica.



Imagem 3

Caso tenha alguma reação tardia após o tratamento deve dirigir-se ao Hospital de Dia de Imunoalergologia (dentro do horário de atendimento) ou ao Serviço de Urgência Central.

*Este folheto foi elaborado pela Equipa de Enfermagem com a finalidade de promover a informação e qualidade assistencial aos utentes e seus familiares.*

### CONTACTOS

Telefone: XXX XXX XXX

Telefone Interno: Extensão XXXXX

Telefone Direto: XXX XXX XXX

### LOCALIZAÇÃO E ACESSO AO SERVIÇO

Piso X

Elevador XX

### HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

De Segunda a Sexta-Feira, das 08:00 às 20:00  
(exceto Feriados e Tolerâncias)

## FOLHETO INFORMATIVO

# DESSENSIBILIZAÇÃO ONCOLÓGICA

... UMA SOLUÇÃO...



Imagem 1

Centro Ambulatório

**HOSPITAL DE DIA DE IMUNOALERGOLOGIA**

Unidade Hospitalar B



Elaborado por Inês Claro (aluna n.º 7393)

Fontes:

Imagem 1 (Disponível em <https://vivirenflow.com/problema-solucion-21/>. Acedido a 20.04.2018)

Imagem 2 (Disponível em <https://www.shutterstock.com/search/allergy+test>. Acedido a 20.04.2018)

Imagem 3 (Disponível em <https://pixabay.com/en/infusion-chemo-therapy-chemo-1296236/>. Acedido a 14.01.2018)

**A EQUIPA DE ENFERMAGEM  
DÁ-LHE AS BOAS VINDAS AO  
HOSPITAL DE DIA DE IMUNOALERGOLOGIA**

Este folheto tem como objetivo informar e esclarecer o utente e os seus familiares sobre as Reações de Hipersensibilidade (RHS) à Quimioterapia e o procedimento de Des-sensibilização Oncológica.



Imagem 4

**O QUE É UMA RHS?**

A RHS a um fármaco é uma reação que desencadeia sinais/sintomas objectivamente reprodutíveis, provocados pela exposição a esse fármaco, numa dose que é normalmente bem tolerada.

Todos os fármacos utilizado em quimioterapia podem causar uma RHS, embora em alguns seja mais frequente.

**QUANDO OCORRE UMA RHS?**

Estas reações são inesperadas e podem ocorrer durante a realização ou pouco tempo após o tratamento (imediatas) ou algumas horas/dias após o mesmo (tardias).

**QUE SINTOMAS PODEM OCORRER NUMA RHS?**

- \* Nasais - espirros, comichão, obstrução
- \* Oculares - rubor, lacrimejo, comichão
- \* Respiratórios - falta de ar, tosse, aperto na garganta
- \* Cardio-vasculares - hipotensão arterial, alteração do ritmo cardíaco, dor torácica
- \* Cutâneos - comichão, “manchas vermelhas”, inchaço de algumas zonas do corpo
- \* Gastrointestinais - diarreia, náusea, vômitos
- \* Outros - febre, calor, mal-estar, dor lombar



Imagem 5

**EM CASO DE SUSPEITA DE RHS ALÉRGICA É ENCAMINHADO PARA A CONSULTA DE ALERGIA MEDICAMENTOSA, NO HOSPITAL DE DIA DE IMUNOALERGOLOGIA, PARA QUE POSSA CONTINUAR A CUMPRIR O SEU TRATAMENTO.**



Imagem 6

**ESTAMOS AQUI PARA O AJUDAR...**

No Hospital de Dia de Imunoalergologia será recebido por uma equipa multidisciplinar disponível para o acompanhar durante o seu tratamento.

De acordo com a indicação do seu médico, poderá realizar os seguintes procedimentos:

- **Testes Cutâneos**
- **Dessensibilização Terapêutica**

Fontes:

Imagem 4 (Disponível em <http://www.ateomomento.com.br/faq02-perguntas-e-respostas-sobre-engenharia-de-software/>. Acedido a 20.04.2018)

Imagem 5 (Disponível em <https://publicdomainvectors.org/id/bebas-vektor/Vektor-gambar-tanda-seru/6548.html>. Acedido a 20.04.2018)

Imagem 6 (Disponível em <http://www.enfermeiroaprendiz.com.br/aprenda-as-teorias-administrativas-aplicadas-a-enfermagem-e-descubra-qual-e-seu-estilo-de-lideranca/>. Acedido a 20.04.2018)

## **APÊNDICE XIV**

Norma de articulação de cuidados realizada no Estágio II

## **UNIDADE HOSPITALAR B**

### **Centro Ambulatório – Hospital de Dia de Imunoalergologia**

**NORMA: Continuidade dos cuidados de Enfermagem prestados à pessoa que realiza Dessensibilização Oncológica – Articulação entre o Hospital de Dia Imunoalergologia e o Hospital de Dia de Oncologia**

**IMPLEMENTADA EM:**

## **OBJECTIVOS**

- **GERAL**

- Garantir a continuidade de cuidados prestados à pessoa que realiza Dessensibilização Oncológica (DO) no Hospital de Dia de Imunoalergologia através da normalização de procedimentos na articulação entre os Hospitais de Dia de Imunoalergologia e de Oncologia, no que respeita à transmissão de informação veiculada à pessoa que realiza DO;

- **ESPECÍFICOS**

- Orientar o/a Enfermeiro/a no procedimento de referenciação da pessoa a realizar DO;
- Uniformizar os cuidados prestados à pessoa que realiza DO.

**DESTINATÁRIOS:** Enfermeiros

## **INTRODUÇÃO**

As reações de hipersensibilidade (RH) incluem todas as reações adversas a fármacos que são inesperadas e desencadeiam sinais/sintomas objetivamente reproduzíveis, provocados pela exposição a um determinado estímulo, numa dose geralmente tolerada por indivíduos normais (Demoly et al., 2014). A maioria das drogas utilizadas em quimioterapia é potencialmente causadora de RH (Zetka, 2012; Vogel, 2014). Estas reações variam tendo em conta o período de instalação e a sintomatologia apresentada, pelo que o seu tratamento irá depender da gravidade e do momento em que é detetada (Caiado, 2016).

A abordagem destas reações tem sido limitada, levando frequentemente à descontinuidade da terapêutica indicada para a pessoa ou à substituição por terapêuticas alternativas menos eficazes, com maior toxicidade e mais dispendiosas (Mezzano, Giavina-Bianchi, Picard, Caiado & Castells, 2014; Caiado, 2016). A DO constitui uma alternativa terapêutica válida e eficaz, uma vez que permite a reintrodução do fármaco e, assim, manter a linha de tratamento, facto consideravelmente importante para o doente oncológico (Caiado, Rodrigues, Pedro, Costa & Barbosa, 2009; Mezzano et

al., 2014).

A dessensibilização é um procedimento que induz um estado temporário de ausência de resposta/tolerância da droga responsável pela RHS, pelo que tem de ser repetido em cada ciclo de tratamento (Demoly et al., 2014; Caiado, 2016; Jakel et al., 2016a, 2016b). Com uma supervisão rigorosa e uma equipa experiente, a utilização de protocolos de dessensibilização pode ser efetuada de forma segura (Caiado, 2016; Jakel et al., 2016a, 2016b), o que justifica a realização deste procedimento no Hospital de dia de Imunoalergologia. Não obstante, os protocolos devem ser prescritos em concordância entre as especialidades de Imunoalergologia e Oncologia (Demoly et al., 2014; Jakel et al., 2016a).

Uma correta avaliação, caracterização e documentação da reação é imperativa na tomada de decisão em relação ao futuro planeamento do tratamento (Baldo & Paoli, 2014; Vogel, 2014; Caiado, 2016), o que justifica a importância da partilha de informação e articulação dos cuidados entre os Hospitais de Dia de Oncologia e Imunoalergologia. Tendo em conta a especificidade da DO, os enfermeiros assumem um papel fundamental na preparação, verificação, avaliação, administração, vigilância/monitorização e coordenação de todo o procedimento, sendo um elemento-chave na articulação da equipa multidisciplinar, exigida neste tipo de intervenção (Zetka, 2012; Jakel et al., 2016b). A presente norma pretende, assim, uniformizar e garantir a continuidade dos cuidados, na medida em que a padronização dos procedimentos pode reduzir o risco de erros, aumentar a eficiência e fornecer um quadro orientador para as melhores práticas (Jacobson et al., 2009).

## **PROCEDIMENTOS PARA A ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

### **❖ Referenciação para o Hospital de Dia de Imunoalergologia**

- Em caso de referenciação para o Hospital de Dia de Imunoalergologia, a equipa de enfermagem do Hospital de Dia de Oncologia envia uma carta de transferência de enfermagem, onde constem as seguintes informações veiculadas à pessoa a ser referenciada:
  - Diagnóstico médico;
  - Protocolo de quimioterapia e respectivo ciclo de tratamento;
  - Descrição e caracterização detalhada da reação:
    - Fármaco em perfusão no momento da reação e/ou fármacos administrados anteriormente;
    - Ritmo de perfusão, dose/volume administrado, sintomas iniciais e recorrentes;
    - Intervenções realizadas e medicação administrada no tratamento da reação;
    - Resposta e resolução de sintomas;
    - Em caso de reintrodução do fármaco, qual o ritmo e quantidade de fármaco administrado tolerado;
  - Colheita de dados;

- Diagnósticos de enfermagem estabelecidos no Hospital de Dia de Oncologia;
- Ensinos realizados à pessoa/família.
- A carta de transferência de enfermagem é entregue à pessoa referenciada, que a fará chegar à equipa de enfermagem do Hospital de Dia de Imunoalergologia, no mesmo momento em que é entregue o pedido de colaboração para observação médica.
- É estabelecido um contacto telefónico com equipa de Enfermagem do Hospital de Dia de Imunoalergologia, de modo a confirmar a referência da pessoa a realizar DO.

#### ❖ **Referenciação para o Hospital de Dia de Oncologia**

- Após completar o número de ciclos de tratamento prescritos, a equipa de enfermagem do Hospital de Dia de Imunoalergologia realiza uma carta de transferência de enfermagem, onde constem as seguintes informações veiculadas à pessoa que realizou DO:
  - Diagnóstico médico;
  - Protocolo de DO e número de ciclos realizados;
  - Informação relativa ao procedimento de DO;
    - Pré-medicação administrada;
    - Número de soluções e velocidades de perfusão;
    - Em caso de reação, descrição e caracterização detalhada da mesma (conforme referido no ponto anterior);
  - Colheita de dados;
  - Diagnósticos de enfermagem estabelecidos no Hospital de Dia de Imunoalergologia;
  - Ensinos realizados à pessoa/família.
- A carta de transferência de enfermagem é entregue à pessoa que realizou DO, que a fará chegar à equipa de enfermagem do Hospital de Dia de Oncologia.
- É estabelecido um contacto telefónico com equipa de Enfermagem do Hospital de Dia de Oncologia, de modo a confirmar a referência da pessoa que realizou DO.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baldo, P. & Paoli, P. (2014). Pharmacovigilance in Oncology: Evaluation of Current Practice and Future Perspectives. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 20. 559-569. DOI: 10/1111/jep.12184
- Caiado, J.; Rodrigues, T.; Pedro, E.; Costa, L. & Barbosa, M. P. (2009). Dessensibilização a Fármacos em Oncologia: Experiência de um Serviço de Imunoalergologia. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 17(1), 57-74. Disponível em [http://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/dessensibilizacao-a-farmacos-em-oncologia:-experiencia-de-um-servico-de-imunoalergologia.pdf](http://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/dessensibilizacao-a-farmacos-em-oncologia:-experiencia-de-um-servico-de-imunoalergologia.pdf). Acedido a 27.10.2017.
- Caiado, J. (2016). Hipersensibilidade a fármacos – Tratar, documentar, dessensibilizar. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 24(2), 111-114. Disponível em [http://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/hipersensibilidade-a-farmacos-%E2%80%93-tratar-documentar-e-dessensibilizar.pdf](http://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/hipersensibilidade-a-farmacos-%E2%80%93-tratar-documentar-e-dessensibilizar.pdf). Acedido a 27.10.2017.
- Demoly, P.; Adkinson, N. F.; Brockow, K.; Castells, M.; Chiriac, A. M.; Greenberger, P.A.; Khan, D. A.; Lang, D. M.; Park, H.-S.; Pichler, W.; Sanchez-Borges, M.; Shiohara, T.; Yu-Hor Thong, B. (2014). International Consensus on drug allergy. *Allergy – European Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 69. 420-437. DOI: 10.1111/all.12350.
- Jacobson, J. O.; Polovich, M.; McNiff, K.; LeFebvre, K.; Cummings, C.; Galioto, M.; Bonelli, K. & McCorkle, M. R. (2009). American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards. *Oncology Nursing Forum*. 36(6). 651-658. DOI: 10.1188/09.ONF.651-658
- Jakel, P.; Carsten, C.; Braskett, M. & Carino, A. (2016a). Nursing Care of Patients Undergoing Chemotherapy Desensitization: Part I. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 20(1), 29-32. DOI: 10.1188/16.CJON.29-32.
- Jakel, P.; Carsten, C.; Carino, A. & Braskett, M. (2016b). Nursing Care of Patients Undergoing Chemotherapy Desensitization: Part II. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 20(2), 137-139. DOI: 10.1188/16.CJON.137-139.
- Mezzano, V.; Giavina-Bianchi, P.; Picard, M.; Caiado, J. & Castells, M. (2014). Drug Desensitization in the Management of Hypersensitivity Reactions to Monoclonal Antibodies and Chemotherapy. *BioDrugs*. 28. 133-144. DOI: 10.1007/s40259-013-0066-x
- Vogel, W. H. (2014). Hypersensitivity Reactions to Antineoplastic Drugs. Capítulo 7. In Yarbro, C. H.; Wujcik, D. & Gobel, B. H. *Symptom Management* (4ª ed.). (pp. 115-130). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Zetka, E. S. (2012). The Essentials of Chemotherapy-Induced Infusion Reactions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 16(5). 527-529. DOI: 10.1188/12.CJON.527-529.

<b>Elaborado por:</b>  Enfermeira Orientadora Enfermeira Inês Claro	<b>Revisto por:</b>	<b>Aprovado por:</b>
--	---------------------	----------------------

## **APÊNDICE XV**

Plano de sessão de apresentação do projeto realizada no Estágio IV



## **PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO**

### **Projeto de Intervenção**

#### **Reação de Hipersensibilidade à Terapêutica Antineoplásica: Cuidados de Enfermagem em Hospital de Dia**

<b>OBJETIVO GERAL</b>	– Apresentar o projeto de intervenção à equipa de enfermagem do Hospital de Dia de Oncologia da Unidade Hospitalar D				
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática relacionada com as RHTA</li> <li>– Incentivar a colaboração da equipa de enfermagem na implementação do projeto no serviço</li> <li>– Refletir sobre a necessidade de melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa com RHTA</li> </ul>				
<b>DATA</b>	04 de Janeiro de 2018	<b>HORÁRIO</b>	14h:30m	<b>DURAÇÃO</b>	30 Minutos
<b>LOCAL</b>	Sala de Trabalho do Hospital de Dia de Oncologia da Unidade Hospitalar D				

	<b>Conteúdos Programáticos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Meios e Recursos</b>	<b>Tempo Previsto</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sumário da sessão</li> <li>✓ Identificação do projeto</li> <li>✓ Pertinência do tema</li> </ul>	Expositiva	PowerPoint	5 Minutos
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Revisão <i>scoping</i> da literatura</li> <li>✓ Plano de trabalho e metodologia (diagnóstico de situação, competências a desenvolver, instituições envolvidas e cronograma dos estágios)</li> <li>✓ Objetivos e atividades definidas</li> <li>✓ Referencial teórico</li> <li>✓ Análise SWOT</li> </ul>	Expositiva / Demonstrativa		15 Minutos
<b>CONCLUSÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Síntese da sessão e contributos do projeto</li> <li>✓ Avaliação da sessão através da aplicação de um questionário</li> </ul>	Expositiva / Participativa		10 Minutos



## **APÊNDICE XVI**

Instrumento de avaliação da sessão de apresentação do projeto realizada no  
Estágio IV

## **QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

### **Apresentação do Projeto de Intervenção – Unidade Hospitalar D**

Este questionário tem o intuito de conhecer a sua apreciação sobre a sessão apresentada, fornecendo dados importantes para o desenvolvimento e implementação deste projeto. Agradeço, desde já, o seu contributo.

#### **1. APRECIACÃO GLOBAL**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<i>Inadequado</i>	<i>Pouco Adequado</i>	<i>Adequado</i>	<i>Bastante Adequado</i>	<i>Totalmente Adequado</i>
Pertinência do tema					
Conteúdos apresentados					
Tempo de formação					
Metodologia utilizada					

#### **2. AVALIAÇÃO DA PROBLEMÁTICA**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<i>Nada</i>	<i>Em Parte</i>	<i>Maior Parte</i>	<i>Totalmente</i>
a) Considera o tema adequado à sua prática de cuidados?				
b) Considera que os objetivos e atividades planeadas no projeto vão de encontro às suas necessidades?				
c) Considera que a implementação deste projeto terá impacto na melhoria da sua prestação de cuidados?				
d) Outro. Qual? _____				

**Se entender, apresente comentários e/ou sugestões que considere pertinentes relativamente a esta sessão, bem como à implementação do projeto no seu serviço.**

---

---

---

Grata pela sua colaboração!

## **APÊNDICE XVII**

Análise das respostas ao questionário de avaliação da sessão de apresentação do projeto realizada no Estágio IV

## Análise das Respostas ao Questionário de Avaliação da Sessão de Apresentação do Projeto – Unidade Hospitalar D

O questionário foi aplicado após a realização da sessão de formação de apresentação do projeto de intervenção. Foram preenchidos um total de 14 questionários pelos enfermeiros em atual exercício de funções no Hospital de Dia de Oncologia da Unidade Hospitalar D.

O questionário era composto por duas partes principais, uma para apreciação global da sessão e outra para avaliação da problemática. Cada parte era constituída por diversos itens de avaliação, para os quais o formando deveria indicar a sua opinião, de acordo com a legenda indicada. Existia ainda uma questão aberta para serem efetuados comentários e/ou sugestões.

Em seguida apresenta-se o tratamento dos dados e a análise dos resultados.

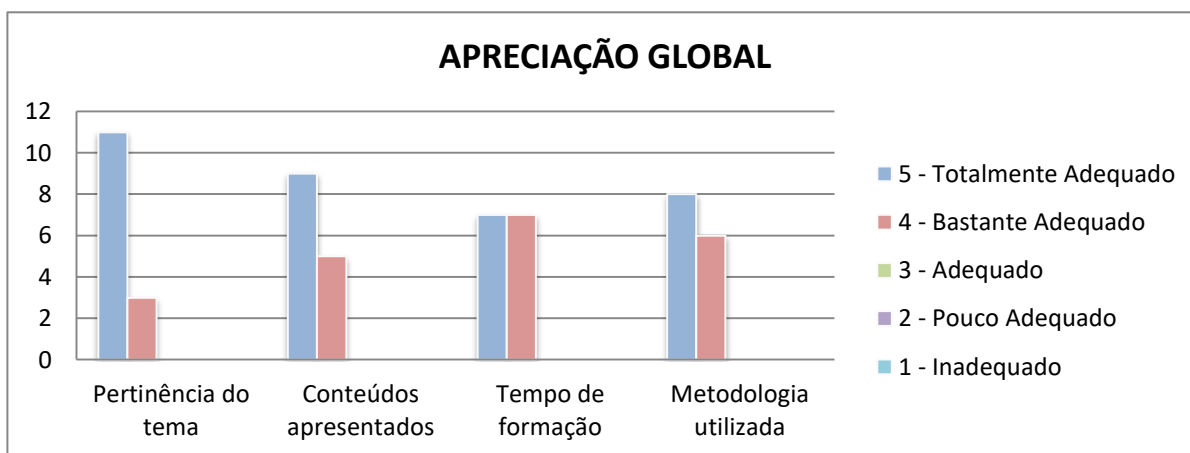


Gráfico 1 – Resultados relativos à apreciação global da sessão

De uma maneira geral, a apreciação global da sessão foi bastante positiva, já que todos os itens foram pontuados nos dois valores superiores (Gráfico 1). No que diz respeito à pertinência do tema, 79% dos formandos considerou ser totalmente adequado e 21% considerou ser bastante adequado. Quanto aos conteúdos apresentados, 64% dos formandos considerou serem totalmente adequados e 36% considerou serem bastante adequados. Relativamente ao tempo de formação, 50% dos formandos consideraram-no totalmente adequado e os restantes 50% consideraram-no bastante adequado. Finalmente, relativamente à metodologia

utilizada, 57% dos formandos consideram ter sido totalmente adequada e 43% consideraram bastante adequada.

Seguidamente apresentam-se os resultados dos três itens da avaliação da problemática (Gráfico 2). Foi considerado um quarto item para o formando acrescentar outro tópico que considerasse pertinente para a avaliação da problemática, no entanto, como se pode verificar, não foi obtida qualquer resposta.

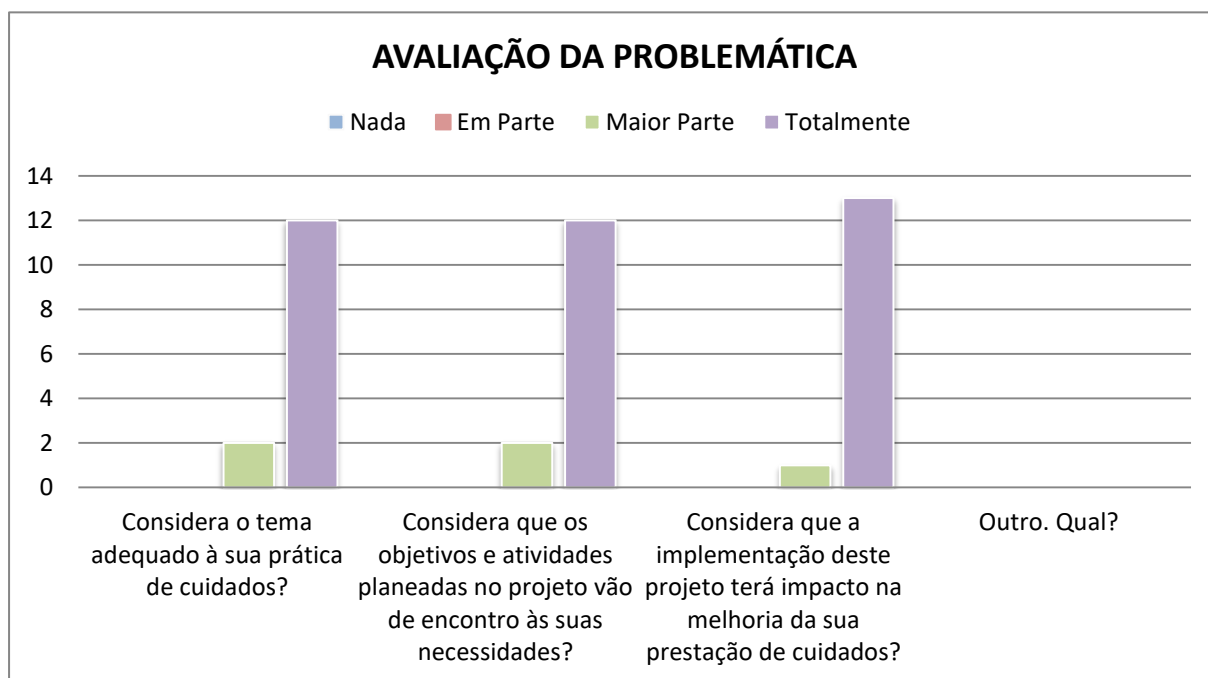


Gráfico 2 – Resultados relativos à avaliação da problemática

Os resultados da avaliação da sessão relativamente à avaliação da problemática vão de encontro à sondagem de opinião realizada na fase inicial de desenvolvimento do projeto. De um modo geral, a maioria dos elementos da equipa de enfermagem considerou o tema totalmente adequado à sua prática de cuidados (86%) e que a implementação deste projeto terá impacto na melhoria da sua prestação de cuidados (93%), o que justifica a pertinência do tema e prevê a adesão da equipa de enfermagem na implementação do projeto. Para além disso, 86% dos formandos considerou que os objetivos e atividades planeadas no projeto vão de encontro às suas necessidade, o que faz prever que o projeto possa ser um importante contributo na mudança das práticas.

Na questão aberta direcionada para sugestões e/ou comentários, apenas foi obtida uma resposta, sendo sugerida a realização de simulações periódicas com exercícios práticos relativamente à gestão das RHTA imediatas.

## **APÊNDICE XVIII**

Plano de sessão da formação “Reações de Hipersensibilidade em Oncologia”  
realizada no Estágio IV



## **PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO**

### **Reações de Hipersensibilidade em Oncologia**

<b>OBJETIVO GERAL</b>	– Capacitar a equipa de enfermagem do Hospital de Dia de Oncologia da Unidade Hospitalar D para os cuidados à pessoa com reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica (RHTA)				
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Definir conceitos teóricos relacionados com as reações a fármacos</li> <li>– Demonstrar a importância do diagnóstico diferencial das reações a fármacos</li> <li>– Caracterizar o tipo de reação associado aos fármacos antineoplásicos com maior suscetibilidade</li> <li>– Identificar as principais intervenções de enfermagem na abordagem às RHTA</li> </ul>				
<b>DATA</b>	05 de Janeiro de 2018 / 02 de Fevereiro de 2018	<b>HORÁRIO</b>	14h:30m	<b>DURAÇÃO</b>	45 Minutos
<b>LOCAL</b>	Sala de Trabalho do Hospital de Dia de Oncologia da Unidade Hospitalar D				

	<b>Conteúdos Programáticos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Meios e Recursos</b>	<b>Tempo Previsto</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sumário da sessão</li> <li>✓ Breve introdução ao tema</li> </ul>	Expositiva	<i>PowerPoint</i>	5 Minutos
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Definição e classificação das reações a fármacos</li> <li>✓ Factores de risco</li> <li>✓ Diagnóstico</li> <li>✓ Dessensibilização oncológica</li> <li>✓ Tipos de reação associado aos fármacos antineoplásicos mais suscetíveis</li> <li>✓ Intervenções de enfermagem na abordagem às RHTA</li> </ul>	Expositiva / Demonstrativa		30 Minutos
<b>CONCLUSÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Síntese da sessão</li> <li>✓ Aplicação de questionário para avaliação dos contributos da sessão</li> </ul>	Expositiva / Participativa		10 Minutos

## **APÊNDICE XIX**

Ecrãs da sessão de formação “Reações de Hipersensibilidade em Oncologia”  
realizada no Estágio IV

## REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE EM ONCOLOGIA

Inês Gonçalves Vicente Claro  
(Aluna N.º 7393)

Orientação de Professora Eunice Sá

05 de Janeiro de 2018 / 02 de Fevereiro de 2018

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GERAL

- Capacitar a equipa de enfermagem para os cuidados à pessoa com reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica (RHTA)

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir conceitos teóricos relacionados com as reações a fármacos
- Demonstrar a importância do diagnóstico diferencial das reações a fármacos
- Caracterizar o tipo de reação associado aos fármacos antineoplásicos com maior suscetibilidade
- Identificar as principais intervenções de enfermagem na abordagem às RHTA

2

## SUMÁRIO

- Definição e Classificação das Reações a Fármacos
  - Reações Adversas
  - Reações de Hipersensibilidade
    - Anafilaxia
    - Síndrome de Libertação de Citoquinas
- Factores de Risco
- Diagnóstico
- Dessensibilização Oncológica
- Reações à Terapêutica Antineoplásica
- Intervenções de Enfermagem

3

## DRUG ALLERGY

WHEN THE  
SOLUTION...



BECOMES THE  
PROBLEM



4

Fonte: [http://www.theasthmacenter.org/index.php/disease\\_information/allergy/drug\\_allergy/](http://www.theasthmacenter.org/index.php/disease_information/allergy/drug_allergy/)

## INTRODUÇÃO

- As reações relacionadas com a infusão desafiam constantemente os enfermeiros que trabalham em oncologia e administram terapêutica antineoplásica (Wilkes, 2008).
- Os mecanismos de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica são ainda objeto de controvérsia e dependem essencialmente do grupo de fármacos implicado (Caiado, Rodrigues, Pedro, Costa & Pereira Barbosa, 2009).
- Não existe consenso na literatura quanto à terminologia utilizada na descrição e categorização destas reações, nem uma abordagem sistemática estandardizada no seu diagnóstico e orientação (Johansson et al., 2003; Demoly et al., 2014; Roselló, Blasco, García Fabregat, Cervantes & Jordan, 2017).

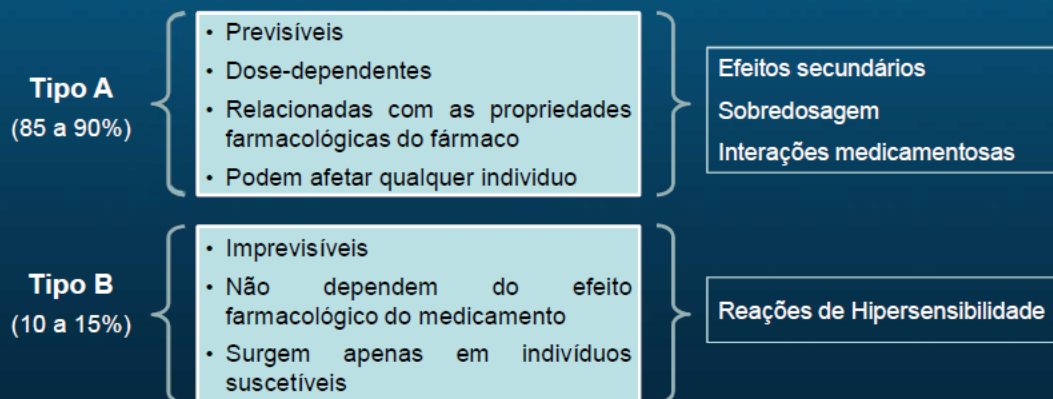
5

## DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DAS REAÇÕES

6

## REAÇÕES ADVERSAS

- A reação adversa a um medicamento (RAM) é uma resposta nociva e não intencional a um fármaco normalmente utilizado em humanos (World Health Organization, 1972).



7

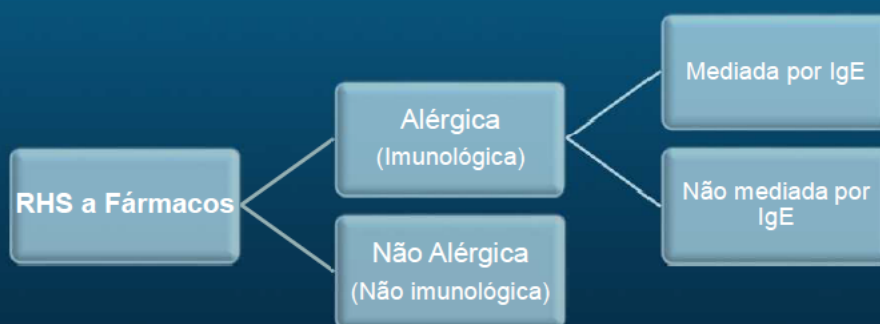
(Rawlins & Thompson, 1977 cit. por Regateiro & Faria, 2016)

## REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE

- Reação exagerada que desencadeia sinais e/ou sintomas objetivamente reproduzíveis, iniciados pela exposição a um determinado estímulo, numa dose tolerada pelos indivíduos normais (Johansson et al., 2004; Demoly et al., 2014).
- Dividem-se em reações alérgicas ou reações não-alérgicas de acordo com o mecanismo etiológico subjacente (Demoly et al., 2014).

8

## REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE



(Johansson et al., 2004; Vogel, 2010, 2014; Demoly et al., 2014; Regateiro & Faria, 2016)

9

## REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE

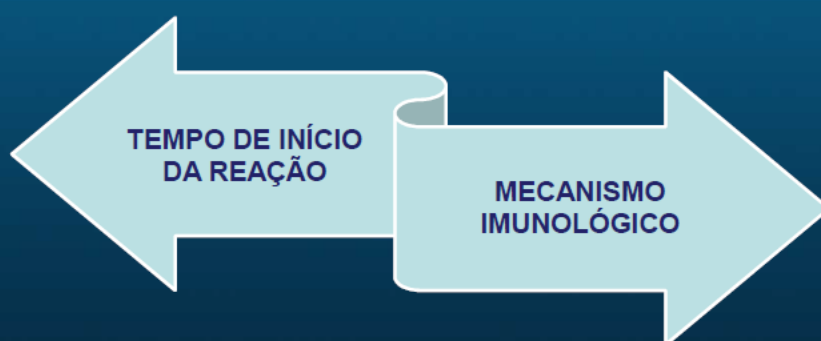
- Uma **RHS alérgica** é um evento adverso não relacionado com as propriedades tóxicas do fármaco, mas causado por uma resposta imunológica, em que anticorpos (IgE), linfócitos T ativados ou outros mediadores celulares são dirigidos contra o fármaco ou um dos seus metabolitos.
- O diagnóstico diferencial entre reação alérgica e não-alérgica pode ser difícil quando baseado apenas na clínica, sobretudo nas RHS agudas severas.

Para uma comunicação geral e mais facilitadora, na suspeita de uma alergia a um fármaco, deve ser utilizado preferencialmente o termo **Hipersensibilidade**.

(Demoly et al., 2014)

10

## CLASSIFICAÇÃO DAS RHS



11

(Demoly et al., 2014)

## CLASSIFICAÇÃO DAS RHS

### TEMPO DE INÍCIO DA REAÇÃO

#### IMEDIATAS

- Ocorrem durante a perfusão ou na primeira hora após terminar a administração do fármaco
- Geralmente mediadas por IgE
- Manifestadas por urticária, angioedema, rinite, conjuntivite, broncospasmo, sintomas gastrintestinais ou anafilaxia

#### NÃO IMEDIATAS / TARDIAS

- Ocorrem após a primeira hora, frequentemente após mais de seis horas do término da administração do fármaco
- Geralmente associadas a um mecanismo de alergia tardia mediado através da ação de linfócitos T
- Manifestadas por exantema maculopapular, urticária/angioedema retardados, eritema multiforme, vasculite, entre outras

12

(Johansson et al., 2004; Demoly et al., 2014)



## CLASSIFICAÇÃO DAS RHS MECANISMO IMUNOLÓGICO

⇒ Classificação de *Gell e Coombs* (1968)

Tipo	Tipo de Resposta Imunológica	Patofisiologia	Sintomas Clínicos	Cronologia típica da reação	Exemplos de Fármacos
I	IgE mediada	Desgranulação de mastócitos e basófilos	Choque anafilático, angioedema, urticária, broncospasmo	Imediata ou até 6 horas após toma do fármaco	Carboplatino Cisplatino Oxaliplatino
II	IgG e complemento	Citotoxicidade dependente de IgG e complemento	Citopenia	Tardia (5 a 15 dias após toma do fármaco)	Fludarabina Oxaliplatino Rituximab
III	IgM ou IgG e complemento	Deposição de complexos imunes	Doença do Soro, urticária, vasculite	Tardia, variável (mais de uma semana após toma)	Gencitabina Infliximab Rituximab
IV	Células T	Resposta tardia mediada por células T	Dermatite de contacto, rinite crónica, asma, SJS	Tardia (2 a 7 dias após toma do fármaco)	Bortezomib Lenalidomida Rituximab

Adaptado de Johansson et al. (2004); Demoly et al. (2014); Vogel (2014); Regateiro & Faria (2016); Roselló et al. (2017)

13

## CLASSIFICAÇÃO DAS RHS

- Existem diversos sistemas de classificação das reações disponíveis na literatura (Vogel, 2014).
- Os oncologistas classificam as reações de acordo com a sua severidade, utilizando geralmente o NCI-CTCAE (*National Cancer Institute – Common Terminology Criteria for Adverse Events*), que utiliza cinco graus de severidade.
- Os imunoalergologistas dividem as reações tendo em conta as que apresentam ou não características de ativação celular (imunológicas ou não imunológicas). Utilizam frequentemente o sistema de *Gell e Combs*, que divide as reações alérgicas em quatro categorias (I a IV) (Vogel, 2014).

14

# REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE

## → ANAFILAXIA

- A anafilaxia é uma RHS alérgica sistémica aguda grave e potencialmente fatal, com envolvimento simultâneo de dois ou mais órgãos (pele, vias respiratórias, aparelho gastrointestinal e sistema cardiovascular).

### Anafilaxia Alérgica

- RHS mediada por IgE que pode ocorrer nos primeiros minutos ou até algumas horas após a exposição.
- Geralmente requer uma exposição prévia ao fármaco, pelo que surge após uma primeira administração

### Anafilaxia Não Alérgica

- RHS com clínica semelhante a anafilaxia, embora não tenha uma causa imunológica

(Johansson et al., 2004; Roselló et al., 2017) →

15

## DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ANAFILAXIA

REAÇÃO SISTÉMICA GRAVE, NA PRESENÇA DE PELO MENOS UM DOS TRÊS CRITÉRIOS CLÍNICOS SEGUINTE:

**INÍCIO SÚBITO** (minutos a poucas horas) de:  
Envolvimento da pele ou mucosas e pelo menos um dos seguintes:  
Compromisso respiratório ou Hipotensão / sintomas associados

### SINTOMAS DA PELE OU MUCOSAS



Urticária, eritema ou prurido generalizado;  
edema dos lábios, da língua ou da úvula

### SINTOMAS RESPIRATÓRIOS



Díspneia, pieira, broncospasmo, estridor, hipoxemia

OU

### HIPOTENSÃO OU SINTOMAS ASSOCIADOS



Hipotonia (colapso), síncope, incontinência de esfíncteres

**OU**  
**INÍCIO RÁPIDO** após exposição a um **ALERGÊNIO PROVÁVEL PARA O DOENTE**  
(minutos a poucas horas) de **2 OU MAIS** dos seguintes:

### SINTOMAS DA PELE OU MUCOSAS



Urticária, eritema ou prurido  
generalizado; edema dos  
lábios, da língua ou da úvula

### SINTOMAS RESPIRATÓRIOS



Díspneia, pieira,  
broncospasmo, estridor,  
hipoxemia

### HIPOTENSÃO OU SINTOMAS ASSOCIADOS



Hipotonia (colapso),  
síncope, incontinência  
de esfíncteres

### SINTOMAS GASTROINTESTINAIS SÚBITOS E PERSISTENTES



Cólica abdominal, vômitos

**OU**  
**HIPOTENSÃO** após exposição a **ALERGÊNIO CONHECIDO PARA O DOENTE** (minutos a poucas horas)

(Pressão sistólica <90mmHg \* OU queda >30% em relação ao seu basal)  
\*nas crianças <1 ano de idade - inferior a 70 mmHg; 1-10 anos - inferior a [70 mmHg + (2x idade)]

(SPAIC, 2017)

16

# REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE

## SÍNDROME DE LIBERTAÇÃO DE CITOQUINAS

**Citoquinas** – proteínas que fazem parte do sistema imunitário e atuam como mensageiras, coordenando as respostas imunes e anti-inflamatórias (ex. factores de crescimento hematopoiético e algumas células tumorais podem produzir citoquinas). Quando há uma libertação natural de citoquinas durante uma resposta inflamatória (ex. infeção) o corpo experiencia febre, arrepios, cefaleias, náuseas, fadiga e hipotensão).

- É uma reação RAM não imunológica causada pela libertação de citoquinas dos linfócitos T, produzindo uma resposta inflamatória (Vogel, 2014).
- Embora não relacionada com a imunogenicidade do fármaco, em termos de apresentação clínica, sobrepõe-se à anafilaxia e a outras RAM imunologicamente relacionadas, pelo que deve ser incluídas no grupo das RHS (Faria & Ribeiro, 2017).

17

# REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE

## SÍNDROME DE LIBERTAÇÃO DE CITOQUINAS

- A maioria destas reações ocorre na primeira administração do fármaco e o risco reduz com as perfusões subseqüente.
- Clinicamente, a distinção entre a síndrome de libertação de citoquinas e uma verdadeira reação alérgica pode ser difícil, no entanto, este diagnóstico diferencial é impreterível para a decisão terapêutica futura (possibilidade de reexposição ao fármaco).

(Vogel, 2014)

18

# FÁRMACOS UTILIZADOS EM ONCOLOGIA

19

## REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE FÁRMACOS UTILIZADOS EM ONCOLOGIA

- Os agentes antineoplásicos mais suscetíveis de causar RHS são os sais de platina, taxanos, asparaginases e anticorpos monoclonais (Gruchalla, 2003; Demoly et al., 2014).
- Enquanto a quimioterapia induz mais frequentemente reações alérgicas, os anticorpos monoclonais induzem RHS não alérgicas, causada pela libertação de citocinas (Vogel, 2010).

20

## TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA

FÁRMACOS	TIPO DE REAÇÃO MAIS FREQUENTE
<b>SAIS DE PLATINA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oxaliplatina</li> <li>- Carboplatina</li> <li>- Cisplatina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reação de Hipersensibilidade Alérgica</b></li> <li>• Sintomas cutâneos, respiratórios, gastrointestinais, cardiovasculares (isolados ou em associação)</li> <li>• Risco aumenta com dose cumulativa.</li> <li>• Ocorrem habitualmente entre o 6º e o 8º ciclos (pressupõe a necessidade de um período de sensibilização).</li> <li>• Mecanismo mediado por IgE subjacente</li> <li>• Geralmente ocorrem durante a perfusão, podendo ocorrer até várias horas após o seu término</li> <li>• A pré-medicação não previne a reação após reexposição</li> <li>• É frequente a reatividade cruzada entre os fármacos do mesmo grupo.</li> <li>• Testes cutâneos têm um elevado valor preditivo negativo</li> </ul>

21

(Voqel, 2010; Capela et al., 2017; Faria & Ribeiro, 2017; Roselló et al., 2017)

## TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA

FÁRMACOS	TIPO DE REAÇÃO MAIS FREQUENTE
<b>TAXANOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paclitaxel</li> <li>- Docetaxel</li> <li>- Cabazitaxel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reação de Hipersensibilidade Não – Alérgica</b></li> <li>• Sintomas cutâneos, respiratórios, gastrointestinais, cardiovasculares, dor lombar intensa</li> <li>• Ocorrem habitualmente nos primeiros 10 a 15 minutos após início da perfusão, na primeira ou segunda infusão.</li> <li>• A pré-medicação com anti-histamínicos e corticoides e a redução do ritmo de perfusão reduzem a taxa de reações e a sua gravidade em administrações posteriores</li> <li>• Associadas à libertação inespecífica de histamina e triptase pelos mastócitos</li> <li>• Geralmente desencadeadas pelos solventes</li> <li>• Está descrita reatividade cruzada entre os fármacos do mesmo grupo</li> <li>• Testes cutâneos com baixa sensibilidade e especificidade</li> </ul>

22

(Capela et al., 2017; Faria & Ribeiro, 2017; Roselló et al., 2017)

## TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA

FÁRMACOS	TIPO DE REAÇÃO MAIS FREQUENTE
<b>ANTICORPOS MONOCLONAIS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rituximab</li> <li>- Cetuximab</li> <li>- Trastuzumab</li> <li>- Bevacizumab</li> <li>- Pertuzumab</li> <li>- Nivolumab</li> <li>- Panitumumab</li> <li>- Ramucirumab</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Reação de Hipersensibilidade Não – Alérgica</u></li> <li>• Sintomas cutâneos, respiratórios, gastrointestinais, cardiovasculares (isolados ou em associação)</li> <li>• Ocorrem habitualmente nas primeira infusão (a probabilidade de ocorrência diminui com as administrações subsequentes)</li> <li>• Reação associada ao síndrome de libertação de citocinas (lise tumoral) – eritema, prurido, rinofaringite, hipotensão, hipertermia, tremores, cefaleias</li> <li>• As reações podem ir de sintomas ligeiros a reações graves</li> <li>• A pré-medicação e a redução da velocidade de perfusão diminuem a incidência e a gravidade da reação</li> <li>• Testes cutâneos com baixa sensibilidade e especificidade</li> </ul>

23

(Capela et al., 2017; Faria & Ribeiro, 2017; Roselló et al., 2017)

## FACTORES DE RISCO

24



## FACTORES DE RISCO

### FARMACOLÓGICOS

- Tratamentos concomitante (bloqueadores  $\beta$ -adrenérgicos, IECA, AINE, opióides)
- Características específicas do medicamento
- Aumento da dose
- Via de administração EV
- Administração frequente ou prolongada
- Velocidade de perfusão rápida

### PESSOAIS

- História pessoal de alergia medicamentosa
- Comorbilidades (doenças alérgicas, doenças respiratórias crónicas, doenças cardiovasculares, infeções)
- Síndromes alérgicas múltiplos
- Atopia (asma, rinite, dermatite atópica)
- Género feminino
- Idade (idosos e crianças)
- Exposição anterior ao medicamento
- Reação anterior a um fármaco da mesma classe
- Tratamentos de doentes naive
- Carga tumoral elevada

25

(Shelton & Shivnan, 2011; Demoly et al., 2014; Vogel, 2014; Caiado, 2016)

## DIAGNÓSTICO

26



27

## DIAGNÓSTICO DAS RHS



28

(Demoly et al., 2014; Caiado, 2016; Caiado, 2017)



# DESSENSIBILIZAÇÃO A FÁRMACOS

29

## DESSENSIBILIZAÇÃO

- Quando é comprovada uma reação alérgica ou em caso de reação grave, independentemente do mecanismo imunológico, pode ser considerada a dessensibilização ao fármaco.
- Os protocolos de dessensibilização permitem a reintrodução de alguns fármacos e, deste modo, manter a linha de tratamento, facto consideravelmente importante para doentes oncológicos (Caiado, Rodrigues, Pedro, Costa & Barbosa, 2009; Mezzano, Giavina-Bianchi, Picard, Caiado & Castells, 2014).
- Procedimento em que é induzido um estado temporário de ausência de resposta e/ou tolerância a um composto responsável por uma RHS, pelo que tem de ser repetido em todos os ciclos (Caiado, 2016; Jakel, Carsten, Braskett e Carino, 2016a, 2016b Demoly et al., 2014).

30



# INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA ABORDAGEM DAS RHTA

33

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



34

(Gobel, 2005; Breslin, 2007; Viale & Yamamoto, 2009; Zetka, 2010; Shelton & Shivnan, 2011; Vogel, 2010, 2014; Jakel, Carsten, Braskett e Carino, 2016b; Gallimore, 2017; Roselló et al., 2017)

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

### PREVENÇÃO

- Realizar uma avaliação inicial do doente, prévia ao tratamento, com identificação das histórias de doença e de alergias e efetuar registos detalhados;
- Identificar os factores de risco de desenvolver RHTA (pessoais e farmacológicos);
- Observar o doente e avaliar os sinais vitais com frequência, na procura de alguma evidência de reação;
- Ter experiência na administração de quimioterapia e reconhecer o nível de risco do doente desenvolver uma RHS quando submetido a protocolos de dessensibilização ou provas de provocação de modo a prevenir complicações;
- Certificar e documentar a toma da pré-medicação antes de iniciar o tratamento.

35

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

### DIAGNÓSTICO

- Estar alerta para a possibilidade de ocorrerem sinais de reação durante ou após a administração do fármaco;
- Conhecer a terapêutica administrada e compreender a patofisiologia das reações;
- Reconhecer precocemente os sinais e sintomas para uma atempada atuação;
- Observar o doente e monitorizá-lo continuamente durante toda a perfusão;
- Considerar todos os sinais e sintomas do doente, mesmo que inespecíficos.
- Nos protocolos de dessensibilização, monitorizar o ritmo cardíaco e o padrão respiratório durante todo o procedimento e avaliar a existência de informação subjetiva indiciadora de uma RHS.

36

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

### GESTÃO

- Em caso de reação, parar de imediato a perfusão e manter o acesso venoso permeável
- Avaliar de imediato os sinais vitais e a progressão de sintomas;
- Manter avaliação de parâmetros vitais com frequência até estabilização hemodinâmica;
- Atuar de acordo com a sintomatologia do doente e o grau de severidade da reação;
- Intervir no âmbito do *distress* psicológico (aliviar sentimentos de medo e de incerteza);
- Reportar o evento de acordo com a política de cada organização;
- Documentar detalhadamente e classificar de forma precisa a reação;
- Ter disponível um *kit* de emergência para as RHTA;
- Atuar de acordo com protocolos e algoritmos de atuação;
- Estar treinado em suporte avançado de vida.

37

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

### EDUCAÇÃO

- Educar o doente sobre os sintomas que podem indiciar uma RHS;
- Informar sobre a possibilidade de ocorrência de uma reação e importância de reportar a sintomatologia de imediato;
- Esclarecer sobre o tratamento, assegurando o acompanhamento de todo o procedimento;
- Transmitir a informação ao doente e família de forma verbal e escrita;
- Avaliar os aspetos psicológicos e mecanismos de *coping* do doente relativamente às RHS;
- Ter formação pessoal relativa à gestão das RHS.

38

## Sugestões de Melhoria ???



39

## NOTAS FINAIS

- As RHTA causam ansiedade e perturbação nos doentes/famílias e afetam, quer o seu bem-estar e a qualidade de vida, quer os seus resultados terapêuticos.
- Estas reações variam tendo de acordo com o período de instalação e a sintomatologia apresentada, pelo que o seu tratamento irá depender da gravidade e do momento em que é detetada.
- O diagnóstico definitivo de uma RHS é essencial para instituir medidas preventivas adequadas, no entanto, o diagnóstico diferencial pode ser difícil dada a sobreposição de manifestações clínicas entre reações de etiologia diferente.
- Dada a imprevisibilidade destas reações, e apesar das medidas profiláticas utilizadas, é fundamental que o enfermeiro que administra esta terapêutica tenha uma adequada preparação para a obtenção resultados positivos na abordagem das RHS.

40



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Breslin, S. (2007). Cytokine-release syndrome: Overview and nursing implications. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 11(1). 37-42. DOI: 10.1188/07.CJON. S1.37-42.
- Caiado, J.; Rodrigues, T.; Pedro, E.; Costa, L. & Barbosa, M. P. (2009). Dessensibilização a Fármacos em Oncologia: Experiência de um Serviço de Imunoalergologia. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 17(1), 57-74. Disponível em [http://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/dessensibilizacao-a-farmacos-em-oncologia:-experiencia-de-um-servico-de-imunoalergologia.pdf](http://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/dessensibilizacao-a-farmacos-em-oncologia:-experiencia-de-um-servico-de-imunoalergologia.pdf). Acedido a 28.02.2017.
- Caiado, J. (2016). Hipersensibilidade a fármacos – Tratar, documentar, dessensibilizar. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 24(2), 111-114. Disponível em [http://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/hipersensibilidade-a-farmacos-%E2%80%93-93-tratar-documentar-e-dessensibilizar.pdf](http://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/hipersensibilidade-a-farmacos-%E2%80%93-93-tratar-documentar-e-dessensibilizar.pdf). Acedido a 28.02.2017.
- Caiado, J. (2017). Diagnóstico de reações de hipersensibilidade em oncologia. In *Reações Oncológicas* (pp.37-42). [sl, sn]
- Capela, A.; Magalhães, H.; Bonito, N. & Joaquim, A. (2017). Fatores de risco para reações em oncologia. In *Reações de hipersensibilidade em oncologia*. Capítulo 2. pp.19-29
- Demoly, P.; Adkinson, N. F.; Brockow, K.; Castells, M.; Chiriac, A. M.; Greenberger, P.A.; Khan, D. A.; Lang, D. M.; Park, H.-S.; Pichler, W.; Sanchez-Borges, M.; Shiohara, T.; Yu-Hor Thong, B. (2014). International consensus on drug allergy. *Allergy – European Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 69. 420-437. DOI: 10.1111/all.12350.
- Faria, E. & Ribeiro, C. (2017). Reações de hipersensibilidade em oncologia. In *Reações Oncológicas* (pp. 11-18). [sl, sn].
- Gallimore, E. (2016). Infusion-related risks associated with chemotherapy. *Nursing Standard*. 30(25). 51-58. DOI: 10.7748/ns.30.25.51.s48
- Gobel, B. H. (2005). Chemotherapy-Induced Hypersensitivity Reactions. *Oncology Nursing Forum*. 32(5). 1027- 1035. DOI: 10.1188/05.ONF.1027-1035.

41

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gruchalla, R. S. (2003). Drug Allergy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 111. 548-559. DOI:10.1067/mai.2003.93
- Jacobson, J. O.; Polovich, M.; McNiff, K.; LeFebvre, K.; Cummings, C.; Galioto, M.; Bonelli, K. & McCorkle, M. R. (2009). American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards. *Oncology Nursing Forum*. 36(6). 651-658. DOI: 10.1188/09.ONF.651-658
- Jakel, P.; Carsten, C.; Braskett, M. & Carino, A. (2016a). Nursing Care of Patients Undergoing Chemotherapy Desensitization: Part I. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 20(1), 29-32. DOI: 10.1188/16.CJON.29-32.
- Jakel, P.; Carsten, C.; Carino, A. & Braskett, M. (2016b). Nursing Care of Patients Undergoing Chemotherapy Desensitization: Part II. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 20(2), 137-139. DOI: 10.1188/16.CJON.137-139.
- Johansson, S. G. O.; Bieber, T.; Dahl, R.; Friedmann, P. S.; Lanier, B. Q.; Lockey, R. F.; Motala, C.; ... Williams, H. C. (2004). Revised nomenclature for allergy for global use: Report for the nomenclature review committee of the World Allergy Organization, October 2003. *American Academy of Allergy, Asthma and Immunology*. 113(5). 831-836. DOI: 10.1016/j.jaci.2003.12.591.
- Mezzano, V.; Giavina-Bianchi, P.; Picard, M.; Caiado, J. & Castells, M. (2014). Drug desensitization in the management of hypersensitivity reactions to monoclonal antibodies and chemotherapy. *BioDrugs*. 28. 133-144. DOI: 10.1007/s40259-013-0066-x.
- Myers, J. S. (2000). Hypersensitivity Reaction to Paclitaxel: Nursing Interventions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 4(4), 161-163. Disponível em <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=2efac628c1b1-4adf-8a28f4a632635a4e%40sessionmgr103&hid=127>. Acedido a 10.03.2017

42

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- National Cancer Institute (2010). Common Terminology Criteria for Adverse Events. Version 4.03. United States Department of Health and Human Services, National Institute of Health. Disponível em [https://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE\\_4.03\\_2010-06-14/QuickReference\\_5x7.pdf](https://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_2010-06-14/QuickReference_5x7.pdf). Acedido a 13.03.2017
- Regateiro, F. & Faria, E. (2016). Mecanismos imunopatológicos das reações de hipersensibilidade a fármacos. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 24(2). 63-78. Disponível em [http://www.scielo.mec.pt/pdf/imu/v24n2/24n2\\_a02.pdf](http://www.scielo.mec.pt/pdf/imu/v24n2/24n2_a02.pdf). Acedido a 17.04.2017
- Roselló, S.; Blasco, I.; García Fabregat, L.; Cervantes, A. & Jordan, K. (2017). Management of infusion reactions to systemic anticancer therapy: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*. 28(4). 100-118. DOI: 10.1093/annonc/mdx216.
- Shelton, B. & Shivan, J. C. (2011). Acute hypersensitivity reactions: What nurses need to know. *Johns Hopkins Nursing*. 9(1). 34-36. Disponível em <http://magazine.nursing.jhu.edu/2011/04/acute-hypersensitivity-reactions-what-nurses-need-to-know/>. Acedido a 27.10.2017.
- Viale, P. H. & Yamamoto, D. S. (2009). Biphasic and Delayed Hypersensitivity Reactions: Implications for Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14(3). 347-356. DOI: 10.1188/10.CJON.347-356.
- Vogel, W. H. (2010). Infusion Reactions: Diagnosis, Assessment and Management. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14(2). 10-21. DOI:10.1188/10.CJON.E10-E21.
- Vogel, W. H. (2014). Hypersensitivity Reactions to Antineoplastic Drugs. Capítulo 7. In Yarbro, C. H.; Wujcik, D. & Gobel, B. H. *Symptom Management* (4ª ed.). (pp. 115-130). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Winkeljohn, D. & Polovich, M. (2006). Carboplatin Hypersensitivity Reactions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 10(5). 595-598. DOI: 10.1188/06.CJON.595-598.
- Zetka, E. S. (2012). The Essentials of Chemotherapy-Induced Infusion Reactions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 16(5). 527-529. DOI: 10.1188/12.CJON.527-529.

43

**GRATA PELA ATENÇÃO**



## **APÊNDICE XX**

Instrumento de avaliação da sessão “Reações de Hipersensibilidade em Oncologia”  
realizada no Estágio IV

## **QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

### ***“Reações de Hipersensibilidade em Oncologia”***

Este questionário tem o intuito de conhecer a sua apreciação sobre a sessão apresentada, bem como avaliar os contributos teóricos fornecidos.

#### **1. APRECIÇÃO GLOBAL**

	1	2	3	4	5
	<i>Inadequado</i>	<i>Pouco Adequado</i>	<i>Adequado</i>	<i>Bastante Adequado</i>	<i>Totalmente Adequado</i>
Pertinência do tema					
Conteúdos apresentados					
Tempo de formação					
Metodologia utilizada					

#### **2. CONTRIBUTOS TEÓRICOS**

2.1. Considere as seguintes afirmações e responda verdadeiro (V) ou falso (F), conforme julgar mais adequado.

	V	F
(a) As RHS são previsíveis, dependem das propriedades farmacológicas do medicamento e podem afetar qualquer indivíduo.		
(b) Uma RHS alérgica é causada por uma resposta imunológica contra o fármaco ou um dos seus metabolitos.		
(c) Enquanto a quimioterapia induz mais frequentemente RHS não-alérgicas, os anticorpos monoclonais induzem reações alérgicas, causadas pela libertação de citocinas.		
(d) Geralmente, os taxanos dão origem a RHS não-alérgicas.		
(e) Geralmente, os sais de platina dão origem a RHS não-alérgicas.		
(f) Na abordagem das RHTA, as intervenções de enfermagem podem ser categorizados em quatro áreas: prevenção, diagnóstico, gestão e educação.		

2.2. Tendo em conta os aspectos teóricos transmitidos na sessão, sugira quais as mudanças que considera importantes efetuar no serviço que favoreçam a melhoria da prática relativamente às RHTA.

---

---

**Grata pela sua colaboração!**

## **APÊNDICE XXI**

Análise das respostas ao questionário de avaliação da sessão “Reações de Hipersensibilidade em Oncologia” realizada no Estágio IV

## **Análise das Respostas ao Questionário de Avaliação da Sessão**

### ***“Reações de Hipersensibilidade em Oncologia”***

O questionário foi aplicado imediatamente após a realização da sessão de formação sobre as reações de hipersensibilidade em oncologia, com o intuito de conhecer a apreciação dos formandos sobre a mesma, mas também avaliar o seu contributo teórico para a capacitação da equipa. Uma vez que esta sessão de formação foi realizada duas vezes, o questionário foi aplicado igualmente em cada uma. Será realizada uma análise individualizada dos questionários aplicados após a primeira e segunda sessão, respetivamente, com o intuito de comparar resultados, já que a maioria dos formandos assistiu às duas formações.

O questionário em causa era constituído por duas partes. Numa primeira parte era pedida uma apreciação global da sessão, em que os formandos deveriam pontuar cada item de acordo com a legenda fornecida, e uma segunda parte concebida para avaliar os conhecimentos teóricos sobre as RHTA apreendidos após a sessão, com a atribuição do valor verdadeiro ou falso às afirmações apresentadas. No final do questionário, foi deixada uma questão de resposta livre, em que se pedia aos formandos sugestões de melhoria da prática relativamente às RHTA que considerassem importante efetuar no serviço.

Na primeira sessão foram aplicados questionários a um total de 10 enfermeiros em atual exercício de funções no Hospital de Dia de Oncologia da Unidade Hospitalar D. Em seguida apresentam-se o tratamento dos dados e a análise dos resultados dos questionários aplicados na primeira sessão.

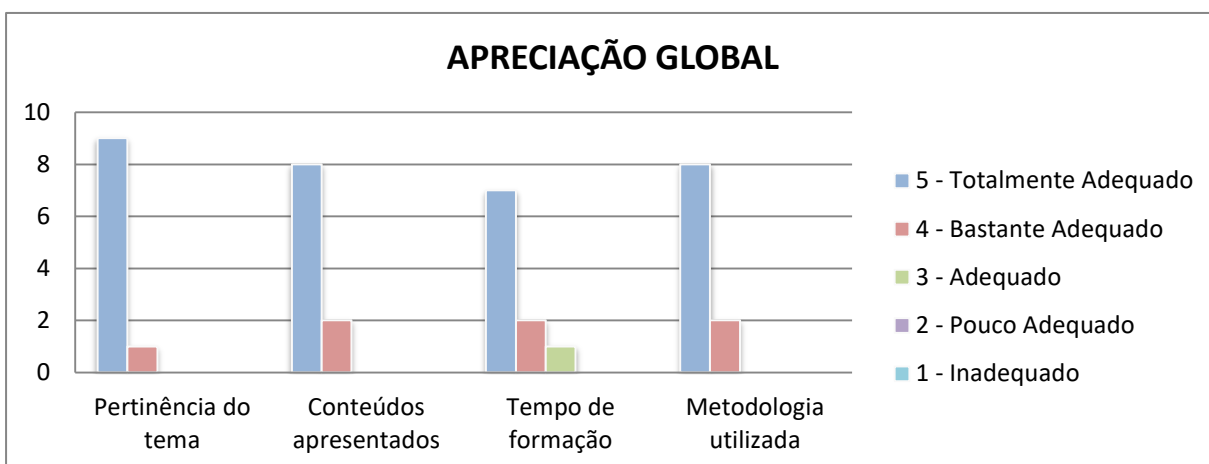


Gráfico 1 – Resultados relativos à apreciação global da primeira sessão

De uma maneira geral, a apreciação global da sessão foi bastante positiva, com a maioria dos itens a serem pontuados nos dois valores superiores (Gráfico 1). Relativamente à pertinência do tema, 90% dos formandos considerou totalmente pertinente e 10% considerou bastante adequado. Quanto aos conteúdos apresentados, 80% dos formandos considerou totalmente adequados e os restantes 20% consideraram bastante adequado. No que respeita ao tempo de formação, 70% considerou totalmente adequado, 20% considerou bastante adequado e 10% considerou adequado. Finalmente, relativamente à metodologia utilizada, 80% dos formandos considerou totalmente adequado e 20% considerou bastante adequado.

Relativamente à avaliação dos contributos teóricos da sessão, foram contabilizadas as respostas corretas e incorretas ao questionário efetuado (Gráfico 2). Na generalidade verificou-se um total de 78% de respostas corretas e 22% de respostas incorretas.

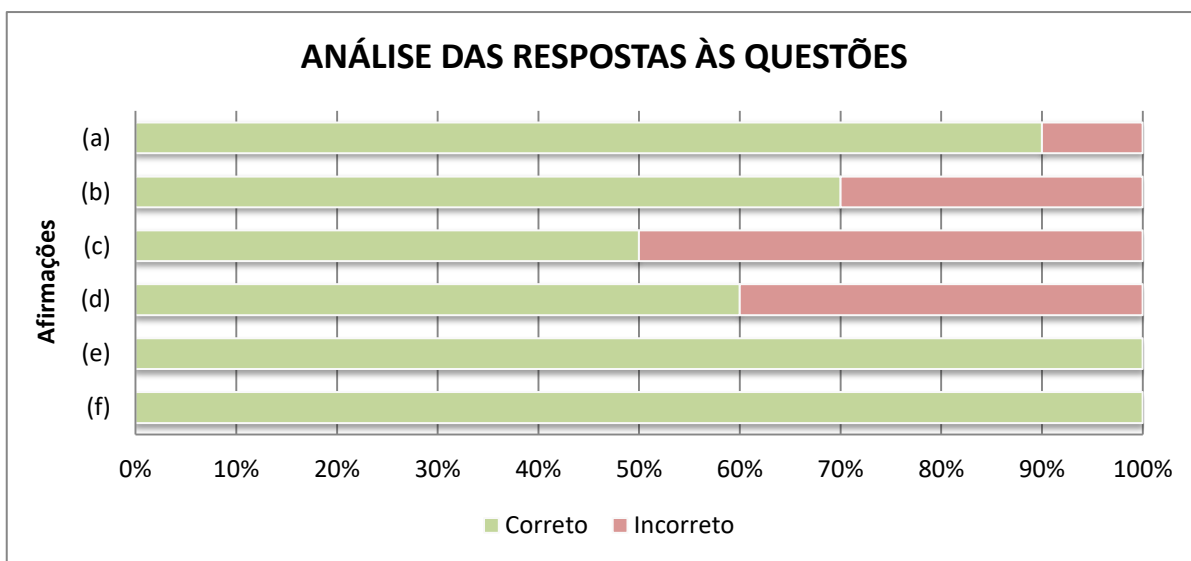


Gráfico 2 – Resultados relativos às respostas dadas às questões na primeira sessão

Na segunda sessão realizada foram igualmente aplicados questionários a um total de 10 formandos, sendo que 5 elementos assistiram pela primeira vez e 5 repetiram a formação.

De uma maneira geral, a apreciação global da segunda sessão foi igualmente positiva e até bastante semelhante (Gráfico 3). Relativamente à pertinência do tema, 90% dos formandos considerou totalmente pertinente e 10% considerou bastante adequado. Quanto aos conteúdos apresentados, também 80% dos formandos considerou totalmente adequados e os restantes 20% consideraram bastante

adequados. No que respeita ao tempo de formação, 30% considerou totalmente adequado, 60% considerou bastante adequado e 10% considerou adequado. Finalmente, relativamente à metodologia utilizada, 60% dos formandos considerou totalmente adequado e 40% considerou bastante adequado.

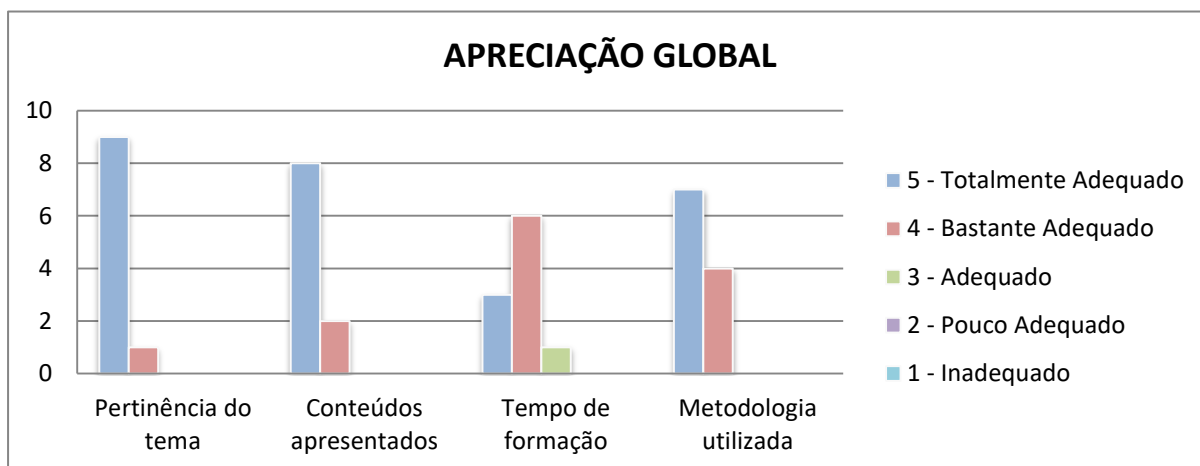


Gráfico 3 – Resultados relativos à apreciação global da segunda sessão

Na avaliação dos contributos teóricos da sessão, foram contabilizadas as respostas corretas e incorretas às questões efetuadas (Gráfico 4).

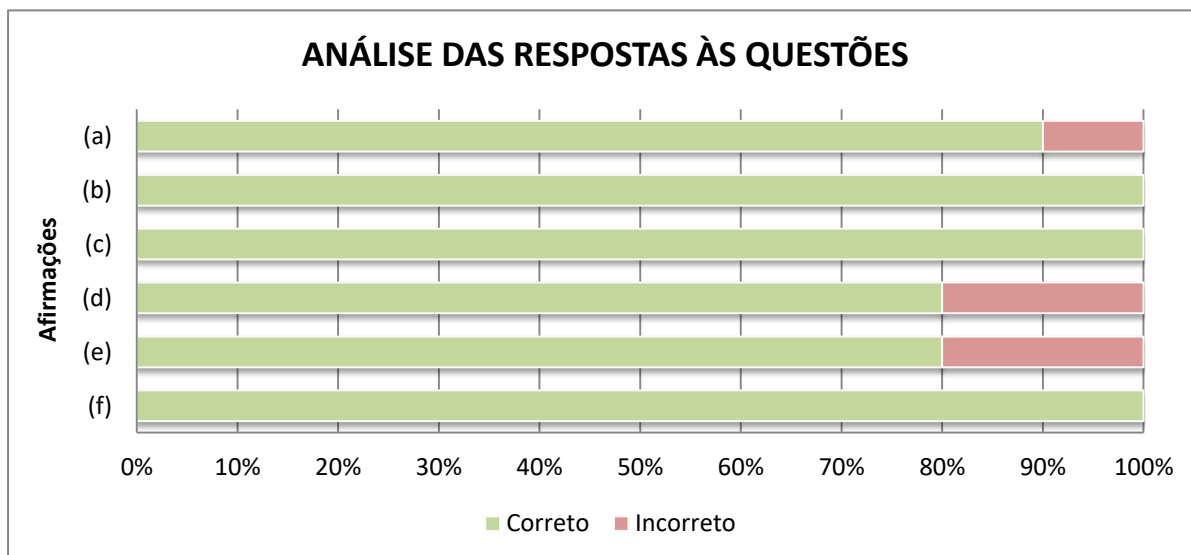


Gráfico 4 – Resultados relativos às respostas dadas às questões na segunda sessão

Neste caso, verificou-se um total de 92% de respostas corretas e 8% de respostas incorretas às questões efetuadas. Foi possível verificar uma melhoria significativa da taxa de respostas corretas após a repetição da sessão, o que justifica a necessidade de se ter repetido esta formação no sentido de melhorar os resultados de capacitação da equipa.

## **APÊNDICE XXII**

*Check-list* da consulta de enfermagem do Estágio IV

## **ABORDAGEM DAS RHTA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM**

### ***CHECK-LIST***

#### **MEDIDAS NO ÂMBITO DA PREVENÇÃO DA RHTA**

	Sim	Não	Observações
<p>Avaliar os factores de risco de RHTA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ História de antecedentes pessoais completa</li> <li>✓ História de alergias completa <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Síndromes alérgicas (alimentares, respiratórios, cutâneos...)</li> <li>▪ Alergias medicamentosas</li> <li>▪ Reação anterior a um fármaco da mesma classe</li> </ul> </li> <li>✓ Toma concomitante de outros fármacos (especialmente bloqueadores <math>\beta</math>-adrenérgicos, IECA, AINE, opióides)</li> <li>✓ Exposição anterior ao fármaco a ser administrado e n.º ciclos realizados</li> <li>✓ Eventos adversos ocorridos em tratamentos anteriores</li> </ul>			


#### **MEDIDAS NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO DA RHTA**

	Sim	Não	Observações
Informar sobre a possibilidade de ocorrência de RHS durante a infusão e/ou RHS tardias			
Descrever os sinais/sintomas que podem indiciar uma reação imediata e/ou tardia			
Instruir sobre a importância de reportar de imediato a ocorrência de qualquer sintoma			
Esclarecer sobre o procedimento e protocolo terapêutico			
Fornecer informações sobre a posologia da medicação oral pré e pós tratamento e reforçar a sua importância			
Assegurar o acompanhamento de enfermagem durante o tratamento, de modo a tranquilizar o doente e família			



## **APÊNDICE XXIII**

Proposta de norma de articulação entre os serviços de Hospital de Dia de Oncologia e Imunoalergologia realizada no Estágio IV

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	<i>N.º Norma</i> <i>Data de Implementação</i>	Folha 1/6
<b>ASSUNTO:</b>  <b>ARTICULAÇÃO ENTRE O HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA E A CONSULTA DE IMUNOALERGOLOGIA-ONCOLOGIA</b>		<b>ELABORADA POR:</b> Enfermeira Inês Claro	
		<b>REVISTO POR:</b> <i>Nome do revisor</i>  Janeiro de 2018	
<b>DIVULGAÇÃO:</b> Manual Hospitalar		<b>APROVADO POR:</b>  <i>Em fase de aprovação</i>	
<b>ENTRADA EM VIGOR:</b> <i>Data de entrada em vigor</i>			
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b> Hipersensibilidade; Terapêutica Antineoplásica; Doente Oncológico; Oncologia; Imunoalergologia;		<b>A REVER EM:</b>  <i>Data da próxima revisão</i>	

## I – OBJETIVO

Garantir a continuidade de cuidados à pessoa com reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica (RHTA) através da uniformização e normalização de procedimentos na articulação entre o Hospital de Dia de Oncologia e a Consulta de Imunoalergologia – Oncologia da Unidade Hospitalar de Portimão.

## II – DESTINATÁRIOS

Médicos e Enfermeiros

## III – ENQUADRAMENTO

A maioria dos fármacos utilizados nos tratamentos oncológicos é suscetível de causar reações adversas (Roselló, Blasco, García Fabregat, Cervantes & Jordan 2017), estando a incidência destas reações diretamente relacionada com o desenvolvimento de novos fármacos e à maior sobrevivência dos doentes (Mezzano, Giavina-Bianchi, Picard, Caiado & Castells, 2014; Caiado, 2016).

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	<i>N.º Norma</i> <i>Data de Implementação</i>	Folha 2/6
---	------------------------------	--	--------------

Um dos tipos de reações adversas aos fármacos antineoplásicos que surge ocasionalmente são as reações de hipersensibilidade (RHS). Estas reações são imprevisíveis, não dependem do efeito farmacológico do medicamento e surgem apenas em indivíduos suscetíveis. Por definição, as RHS caracterizam-se por sinais/sintomas objetivamente reprodutíveis, iniciados pela exposição a uma droga numa dose que é geralmente bem tolerada (Johansson et al., 2004; Demoly et al., 2014). Podem ser subdivididas em reações alérgicas ou reações não-alérgica, de acordo com o mecanismo imunológico que está subjacente (Demoly et al., 2014). Clinicamente, a distinção entre ambos os tipos de reação é difícil, no entanto, o diagnóstico diferencial é fundamental para a decisão terapêutica futura, nomeadamente a possibilidade ou não de reexposição ao fármaco (Vogel, 2014). A correta avaliação, caracterização e documentação da reação é imperativa na tomada de decisão em relação ao futuro planeamento do tratamento (Baldo & Paoli, 2014; Vogel, 2014; Caiado, 2016), o que justifica a importância da partilha de informação e articulação dos cuidados entre a equipa multidisciplinar do Hospital de Dia de Oncologia (médico oncologista e equipa de enfermagem) e a equipa clínica de imunoalergologia.

As RHTA, para além de causarem perturbação na qualidade de vida dos doentes/famílias, afetam igualmente os seus resultados terapêuticos, dando origem a atrasos no tratamento ou à sua substituição (Winkeljohn & Polovich, 2006; Vogel, 2014). A abordagem destas reações é muitas vezes limitada e leva frequentemente à descontinuidade da terapêutica indicada para o doente (Mezzano et al., 2014; Caiado, 2016). A articulação entre as especialidades de oncologia e imunoalergologia pode ser uma mais-valia no prognóstico do doente, ao permitir uma abordagem mais abrangente destas reações e a possibilidade de manter o tratamento indicado para o doente. A sistematização das intervenções dos profissionais é fundamental para o sucesso desta articulação multidisciplinar, com resultados evidentes na melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente com RHTA.

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	<i>N.º Norma</i> <i>Data de Implementação</i>	Folha 3/6
---	------------------------------	--	--------------

## IV – ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO

### A. Procedimentos Prévios à Consulta de Imunoalergologia-Oncologia

- ❖ Critérios de referenciação do doente para a consulta de imunoalergologia-oncologia:
  - RHS anterior a um fármaco antineoplásico da mesma classe;
  - Suspeita de RHS imediata e/ou RHS tardia a um fármaco antineoplásico;
- ❖ O enfermeiro identifica factores de risco coincidentes com os critérios de referenciação acima descritos e informa o médico oncologista;
- ❖ A referenciação é feita pelo médico oncologista através do preenchimento do impresso de Requisição de Consulta Externa (MOD AD – 11/01) ou através do Sistema de Informação *SClínico*;
- ❖ Em caso de RHTA imediata, o enfermeiro documenta detalhadamente o evento, preenchendo o impresso próprio para o efeito, que deverá ficar disponível no processo do doente;
- ❖ O enfermeiro informa o doente relativamente aos motivos de referenciação e ao propósito da consulta de imunoalergologia oncológica;

### B. Procedimentos Após a Consulta de Imunoalergologia-Oncologia

- ❖ Após a consulta de imunoalergologia-oncologia, e de acordo com indicação médica sobre o procedimento a ser realizado, o enfermeiro esclarece e informa o doente;
- ❖ O enfermeiro entrega ao doente o instrumento de suporte educacional “*Consulta de Imunoalergologia-Oncologia*”, de modo a complementar a informação verbal;

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	<i>N.º Norma</i> <i>Data de Implementação</i>	Folha 4/6
---	------------------------------	--	--------------

- ❖ Em caso de prescrição de pré-medicação oral, o enfermeiro faz o ensino sobre a posologia e esclarece sobre a importância do cumprimento da mesma;
- ❖ O enfermeiro colabora com o médico imunoalergologista nos procedimentos de diagnóstico da RHS, nomeadamente, na realização de testes cutâneos e/ou provas de provocação;
  - Os testes cutâneos são realizados pelo médico imunoalergologista com a colaboração do enfermeiro;
  - As provas de provocação são administradas pelo enfermeiro, após prescrição médica e avaliação inicial pelo imunoalergologista;
- ❖ O enfermeiro colabora com o médico imunoalergologista na administração de protocolos de dessensibilização;
- ❖ O médico imunoalergologista avalia presencialmente o doente no início e no fim dos procedimentos e garante a disponibilidade telefónica permanente durante a realização dos mesmos;
- ❖ Os tratamentos são agendados em Hospital de Dia de Oncologia, em articulação com o médico oncologista e imunoalergologista de acordo com a disponibilidade de todos os intervenientes;
- ❖ Na consulta é preenchido e facultado ao doente o consentimento informado esclarecido e livre específico para cada procedimento;
- ❖ O algoritmo de encaminhamento e acompanhamento do doente na consulta de imunoalergologia – oncologia (Figura 1) facilita a compreensão do seguimento do doente e as opções terapêuticas que podem surgir no seguimento desta consulta.

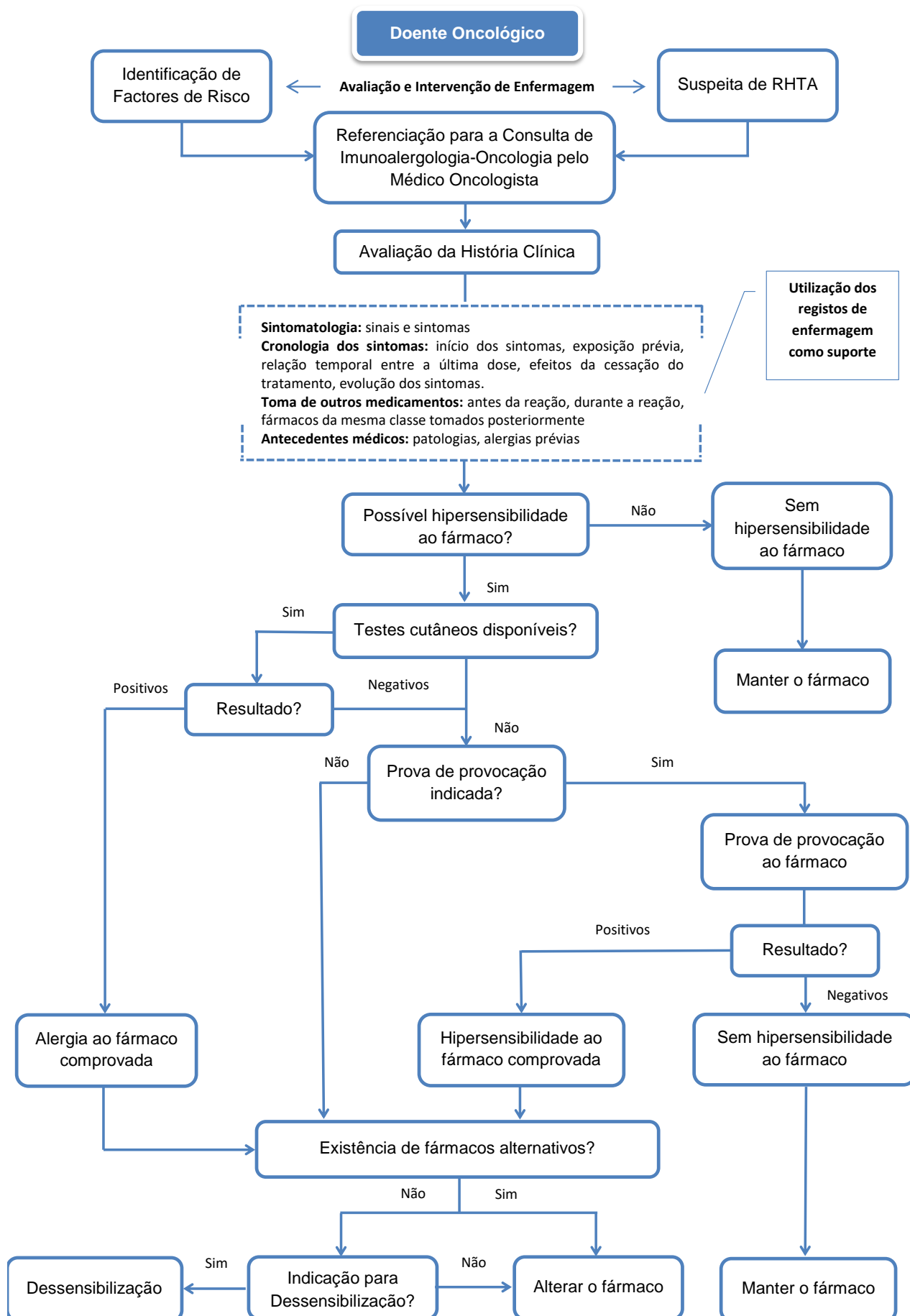


Figura 1 – Algoritmo de Encaminhamento e Acompanhamento do Doente na Consulta de Imunoalergologia-Oncologia  
Adaptado de Demoly et al. (2014) e Mezzano et al. (2014)

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	<i>N.º Norma</i> <i>Data de Implementação</i>	Folha 6/6
---	------------------------------	--	--------------

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baldo, P. & Paoli, P. (2014). Pharmacovigilance in Oncology: Evaluation of Current Practice and Future Perspectives. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 20. 559-569. DOI: 10.1111/jep.12184.
- Caiado, J. (2016). Hipersensibilidade a fármacos – Tratar, documentar, dessensibilizar. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 24(2). 111-114. Disponível em [http://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/hipersensibilidade-a-farmacos-%E2%80%9393-tratar-documentar-e-dessensibilizar.pdf](http://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/hipersensibilidade-a-farmacos-%E2%80%9393-tratar-documentar-e-dessensibilizar.pdf). Acedido a 28.02.2017.
- Demoly, P.; Adkinson, N. F.; Brockow, K.; Castells, M.; Chiriac, A. M.; Greenberger, P.A.; Khan, D. A.; Lang, D. M.; Park, H.-S.; Pichler, W.; Sanchez-Borges, M.; Shiohara, T.; Yu-Hor Thong, B. (2014). International consensus on drug allergy. *Allergy – European Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 69. 420-437. DOI: 10.1111/all.12350.
- Johansson, S. G. O.; Bieber, T.; Dahl, R.; Friedmann, P. S.; Lanier, B. Q.; Lockey, R. F.; Motala, C.; ... Williams, H. C. (2004). Revised nomenclature for allergy for global use: Report for the nomenclature review committee of the World Allergy Organization, October 2003. *American Academy of Allergy, Asthma and Immunology*. 113(5). 831-836. DOI: 10.1016/j.jaci.2003.12.591.
- Mezzano, V.; Giavina-Bianchi, P.; Picard, M.; Caiado, J. & Castells, M. (2014). Drug desensitization in the management of hypersensitivity reactions to monoclonal antibodies and chemotherapy. *BioDrugs*. 28. 133-144. DOI: 10.1007/s40259-013-0066-x.
- Roselló, S.; Blasco, I.; García Fabregat, L.; Cervantes, A. & Jordan, K. (2017). Management of infusion reactions to systemic anticancer therapy: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*. 28(4). 100-118. DOI: 10.1093/annonc/mdx216.
- Vogel, W. H. (2014). Hypersensitivity reactions to antineoplastic drugs. Capítulo 7. In Yarbro, C. H.; Wujcik, D. & Gobel, B. H. *Symptom Management* (4ª ed.). (pp. 115-130). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Winkeljohn, D. & Polovich, M. (2006). Carboplatin Hypersensitivity Reactions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 10(5). 595-598. DOI: 10.1188/06.CJON.595-598.

## **APÊNDICE XXIV**

Guia orientador de boas práticas realizado no Estágio IV





Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
8º Curso de Mestrado em Enfermagem e Pós-Licenciatura de Especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA REAÇÃO DE  
HIPERSENSIBILIDADE À TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA**

Inês Gonçalves Vicente Claro  
(Aluna n.º 7393)

Orientação de Professora Eunice Sá

Lisboa  
Janeiro de 2017

## ÍNDICE

<b>1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>2 – FUNDAMENTAÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>3 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....</b>	<b>7</b>
<b>4 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS .....</b>	<b>11</b>
<b>4.1 – Intervenções de Enfermagem no Âmbito da Prevenção .....</b>	<b>11</b>
4.1.1 – Avaliação dos Factores de Risco .....	11
4.1.2 – Avaliação Pré-Infusional.....	13
<b>4.2 – Intervenções de Enfermagem no Âmbito do Diagnóstico .....</b>	<b>13</b>
<b>4.3 – Intervenções de Enfermagem no Âmbito da Gestão .....</b>	<b>15</b>
4.3.1 – Avaliação e Controlo de Sintomas .....	16
4.3.2 – Reintrodução do Fármaco .....	19
4.3.3 – Documentação da Reação.....	19
<b>4.4 – Intervenções de Enfermagem no Âmbito da Educação .....</b>	<b>20</b>
4.4.1 – Educação do Doente e Família .....	21
4.4.2 – Educação da Equipa de Enfermagem.....	22
<b>4.5 – Encaminhamento para a Consulta de Imunoalergologia-Oncologia .....</b>	<b>22</b>
4.5.1 – Referenciação .....	23
4.5.2 – Testes Cutâneos .....	23
4.5.3 – Prova de Provocação Medicamentosa.....	25
4.5.4 – Dessensibilização à Terapêutica Antineoplásica.....	26
<b>NOTAS FINAIS .....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>29</b>

## APÊNDICES

**APÊNDICE I** – Norma de Procedimento “Articulação entre o Hospital de Dia de Oncologia e a Consulta de Imunoalergologia – Oncologia” (consta no Apêndice XXIII do Relatório de Estágio)

**APÊNDICE II** – Norma de procedimento “*Cuidados de Enfermagem na Gestão da Reação de Hipersensibilidade à Terapêutica Antineoplásica Imediata*” (consta no Apêndice XXV do Relatório de Estágio)

**APÊNDICE III** – Póster informativo “*Reações de Hipersensibilidade à Terapêutica Antineoplásica Imediatas – Como Atuar?*” (consta no Apêndice XXVI do Relatório de Estágio)

**APÊNDICE IV** – Composição do *kit* de emergência para RHTA e ficha de verificação mensal do *kit* de emergência para RHTA

**APÊNDICE V** – Ficha de documentação da RHTA (consta no Apêndice XXVII do Relatório de Estágio)

**APÊNDICE VI** – Instrumento de suporte educacional para o doente que teve RHTA (consta no Apêndice XXX do Relatório de Estágio)

**APÊNDICE VII** – Instrumento de suporte educacional para o doente referenciado para a consulta de imunoalergologia – oncologia (consta no Apêndice XXXI do Relatório de Estágio)

**APÊNDICE VIII** – Norma de Procedimento “*Cuidados de Enfermagem à Pessoa submetida a Dessensibilização Oncológica*”

## **ANEXOS**

**ANEXO I** – Sistema de Notificação de Eventos Adversos (Monitorização e Notificação)

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 – Classificação das reações adversas a medicamentos .....	7
Tabela 2 – Classificação das reações de hipersensibilidade de acordo com o período de instalação .....	8
Tabela 3 – Classificação das reações de hipersensibilidade segundo <i>Gell e Coombs</i> .....	9
Tabela 4 – Factores de risco .....	12
Tabela 5 – Fármacos antineoplásicos com suscetibilidade de desenvolver reações de hipersensibilidade.....	14

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

AINE – Anti-inflamatórios não esteróides

CTCAE – *Common Terminology Criteria for Adverse Events*

IECA – Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina

IgE – Imunoglobulina E

JBÍ – *The Joanna Briggs Institute*

NCI – *National Cancer Institute*

RHS – Reação de Hipersensibilidade

RHTA – Reação de Hipersensibilidade à Terapêutica Antineoplásica

SPAIC – Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica

## 1 – INTRODUÇÃO

A administração de terapêutica antineoplásica é um processo complexo que acarreta potenciais riscos para o doente (Jacobson et al., 2009). As reações de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica (RHTA) são eventos adversos que causam um intenso *stress* e provocam sensação de medo, angústia e ansiedade na pessoa que as experiencia, podendo afetar diretamente não apenas a qualidade de vida e a segurança do doente, mas também o seu prognóstico (Vogel, 2014).

A maioria dos fármacos antineoplásicos pode provocar reações de hipersensibilidade (RHS) (Zetka, 2012; Vogel, 2014). A incidência das RHTA é difícil de determinar (Vogel, 2014) porém, associado ao aparecimento de novas armas terapêuticas e à maior sobrevivência dos doentes oncológicos, verifica-se o aumento da ocorrência de reações adversas à quimioterapia e terapêuticas biológicas (Mezzano, Giavina-Bianchi, Picard, Caiado & Castells, 2014; Caiado, 2016).

As normas de administração segura de quimioterapia a doentes adultos em contexto de ambulatório, realizados pela *American Society of Clinical Oncology* e pela *Oncology Nursing Society* recomendam que pela complexidade associada à administração de quimioterapia e o risco elevado de efeitos adversos severos, são necessários cuidados sistematizados nos locais onde estas terapêuticas são utilizadas (Jacobson et al., 2009; Neuss et al., 2017). O enfermeiro, pela sua proximidade ao doente e responsabilidade na administração da terapêutica antineoplásica, desempenha um papel fundamental na abordagem destas reações, devendo ser capaz de reconhecer, gerir e prevenir estes eventos adversos (Jacobson et al, 2009; Vogel, 2010, 2014; Jakel, Carsten, Braskett & Carino, 2016b).

A uniformização dos cuidados permite reduzir o risco de erros, aumentar a eficiência e fornecer um quadro orientador para as melhores práticas (Jacobson et al., 2009). Neste sentido, e tendo por base a evidência científica e a opinião de peritos reconhecidos, foi elaborado o presente guia orientador de boas práticas, que se pretende ser um importante contributo para a otimização dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com RHTA em contexto de Hospital de Dia de Oncologia, tendo como principais finalidades orientar o enfermeiro/a na prestação de cuidados à pessoa com RHTA e sistematizar os cuidados de enfermagem na abordagem das RHTA.

## 2 – FUNDAMENTAÇÃO

O presente guia orientador de boas práticas tem por base uma revisão *scoping* da literatura realizada em Dezembro de 2017, cujo intuito foi o mapeamento e síntese da evidência científica existente relativamente aos cuidados de enfermagem ao doente oncológico com RHTA. A partir da questão de investigação “*Quais os cuidados de enfermagem ao doente oncológico com reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica?*” foi realizada uma pesquisa em três etapas, de acordo com a metodologia sugerida pelo *The Joanna Briggs Institute* (JBI) (2015). Para a pesquisa foram utilizadas a base de dados EBSCO *host*, através dos motores de busca CINHAL *with Full Text*, MEDLINE, *Cochrane Database Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *MedicLatina* e *Academic Search Complete*, e a base de dados *The Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. Foi ainda considerada a literatura cinzenta, através de pesquisas realizadas no motor de busca *Google Scholar*, *websites* de sociedades de peritos e bibliotecas universitárias. Os descritores foram pesquisados utilizando a frase booleana [(“*Drug Hypersensitivity*” OR “*Adverse Drug Reaction*” OR “*Infusion Reactions*” OR “*Immediate hypersensitivity*” OR “*Delayed hypersensitivity*” OR “*Dessensitization*”) AND (“*Antineoplastic Agents*” OR “*Chemotherapy*”) AND (“*Oncolog\* Nurs\**” OR “*Nursing Practice*” OR “*Nurs\**”)]. Foram selecionados para inclusão nesta revisão *scoping* um total de 10 artigos, publicados entre 2005 e 2017, os quais preenchiem os critérios de inclusão e os objetivos da revisão.

De acordo com Arksey & O’Malley (2005), a revisão *scoping* tem como finalidade mapear a literatura existente numa determinada área de interesse em termos do seu volume, natureza e características da investigação primária, que normalmente está a emergir e ainda não foi desenvolvida. A revisão *scoping* não permite trazer recomendações para a prática, mas apenas pretende informar a prática, dado que não é exigida a avaliação metodológica da qualidade dos estudos incluídos (JBI, 2015). Assim, este guia orientador de boas práticas sumaria e reúne as principais intervenções de enfermagem no âmbito dos cuidados ao doente oncológico com RHTA. Futuramente seria pertinente e necessário a realização de revisões sistemáticas de literatura que apresentem recomendações para a prática.

### 3 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Esta temática não reúne consenso na literatura relativamente à terminologia utilizada na descrição e categorização das reações (Johansson et al., 2003; Vogel, 2010; Gallimore, 2016; Roselló, Blasco, García Fabregat, Cervantes & Jordan, 2017) e, apesar dos consensos internacionais realizados na tentativa de colmatar este facto, a abordagem sistemática estandardizada no diagnóstico e orientação das RHS a fármacos continua a ser um desafio (Demoly et al., 2014). Assim, é fundamental abordar neste guia alguns conceitos teóricos relacionados com as RHTA.

Uma reação adversa a medicamento (RAM) é considerada uma resposta nociva e não intencional a um fármaco normalmente utilizado em humanos (World Health Organization, 1972). De um modo geral, as RAM podem ser classificadas em dois grandes grupos, a saber, reações do tipo A, mais frequentes (85 a 90% de todas as RAM) e as reações do tipo B, menos frequentes (10 a 15% das RAM) (tabela 1) (Rawlins & Thompson, 1977 cit. por Regateiro & Faria, 2016). Mais recentemente surgiram outras classificações das RAM que consideram a existência de mais subgrupos, para além da dicotomia A/B (Regateiro & Faria, 2016) que, neste caso, não são necessários abordar.

Tabela 1 - Classificação das reações adversas a medicamentos

TIPOS	CARACTERÍSTICAS	SUBGRUPOS
<b>TIPO A</b> (85 a 90%)	<ul style="list-style-type: none"><li>– Previsíveis</li><li>– Dose-dependentes</li><li>– Relacionadas com o efeito farmacológico ou toxicológico do fármaco</li><li>– Surgem em qualquer indivíduo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Efeitos secundários</li><li>Sobredosagem</li><li>Interações medicamentosas</li></ul>
<b>TIPO B</b> (10 a 15%)	<ul style="list-style-type: none"><li>– Imprevisíveis</li><li>– Não dependem do efeito farmacológico do medicamento</li><li>– Surgem apenas em indivíduos suscetíveis</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Reações de hipersensibilidade</li></ul>

(Rawlins & Thompson, 1977 cit. por Regateiro & Faria, 2016)

As RHS são RAM do tipo B, caracterizadas por sinais e/ou sintomas objetivamente reprodutíveis, iniciados pela exposição a um determinado estímulo, numa dose tolerada por indivíduos normais (Johansson et al., 2004; Demoly et al., 2014). Estas podem ser alérgicas ou não-alérgica, tendo em conta o mecanismo

etiológico subjacente (Demoly et al., 2014). Uma RHS é alérgica quando tem inerente um mecanismo imunológico definitivo, ou seja, anticorpos (geralmente IgE), linfócitos T ativados ou outros mediadores celulares são dirigidos contra o fármaco ou um dos seus metabolitos (Demoly et al., 2014). Na RHS não-alérgica não está presente um mecanismo imunológico ou, pelo menos, tal não é possível comprovar (Johansson et al., 2004). O diagnóstico diferencial entre reação alérgica e não-alérgica pode ser difícil, sobretudo se baseado apenas na apresentação clínica, tendo sido estabelecido que, para simplificar e uniformizar a linguagem, na suspeita de uma alergia a um fármaco deve ser utilizado preferencialmente o termo RHS (Demoly et al., 2014).

A RHS varia de acordo com o seu período de instalação e a sintomatologia apresentada logo, o seu tratamento irá depender da gravidade e do momento em que é detetada (Caiado, 2016). A classificação das RHS pode facilitar seu diagnóstico, gestão e abordagem terapêutica (Romano, Torres, Castells, Sanz & Blanca, 2011), sendo essencial para instituir medidas preventivas (Vogel, 2014).

Geralmente as RHS são classificadas de acordo com o seu período de instalação ou de acordo com o seu mecanismo.

Clinicamente, e segundo a classificação recomendada pela *World Allergy Organization*, as RHS podem ser imediatas ou não-imediatas/tardias, tendo em conta os sintomas e a relação temporal entre a exposição ao fármaco e o início da reação (tabela 2) (Johansson et al., 2004; Demoly et al., 2014).

Tabela 2 - Classificação das reações de hipersensibilidade de acordo com o período de instalação

CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	MANIFESTAÇÕES
<b>IMEDIATAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ocorrem durante a administração do fármaco ou na primeira hora após o seu término</li> <li>Geralmente mediadas por IgE</li> </ul>	Urticária, angioedema, broncospasmo, rinite, conjuntivite, sintomas gastrintestinais ou anafilaxia
<b>NÃO-IMEDIATAS / TARDIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ocorrem no período entre a primeira hora após o término da administração do fármaco até dias depois do tratamento (normalmente surgem num período de seis horas)</li> <li>Geralmente associadas a um mecanismo de alergia tardio mediado através da ação de linfócitos T</li> </ul>	Exantema maculopapular, urticária/ angioedema retardados, eritema multiforme, vasculite, entre outras

(Johansson et al., 2004; Demoly et al., 2014)



Na classificação das RHS de acordo com o seu mecanismo imunológico é geralmente utilizada a classificação de *Gell & Coombs* (1968), que dividem as reações RHS alérgicas em quatro categorias (tabela 3). Presentemente já existem atualizações a esta categorização com a subdivisão da quarta categoria em quatro subtipos distintos. As RHS do tipo I e IV são as mais frequentes, sendo as de tipo II e III as mais raras.

Tabela 3 - Classificação das reações de hipersensibilidade segundo *Gell & Coombs* (1968)

	TIPO I	TIPO II	TIPO III	TIPO IV
<b>Tipo de Resposta Imunológica</b>	IgE mediada	IgG e complemento	IgM ou IgG e complemento	Células T
<b>Fisiopatologia</b>	Desgranulação de mastócitos e basófilos	Citotoxicidade dependente de IgG e complemento	Deposição de complexos imunes	Resposta tardia mediada por células T
<b>Sintomas Clínicos</b>	Anafilaxia, angioedema, urticária, broncospasmo	Citopenia	Doença do Soro, urticária, vasculite	Dermatite de contacto, rinite crónica, asma, SJS
<b>Cronologia típica da reação</b>	Imediata ou até 6 horas após toma do fármaco	Tardia (5 a 15 dias após toma do fármaco)	Tardia, variável mais de uma semana após toma do fármaco	Tardia (2 a 7 dias após toma do fármaco)
<b>Exemplos de fármacos</b>	Carboplatino Cisplatino Oxaliplatino	Fludarabina Oxaliplatino Rituximab	Gencitabina Infliximab Rituximab	Bortezomib Lenalidomida Rituximab

(Johansson et al., 2004; Demoly et al., 2014; Vogel, 2014; Regateiro & Faria, 2016; Roselló et al., 2017)

Geralmente, os oncologistas classificam as reações de acordo com a sua severidade, utilizando a escala apresentada pelo *Common Terminology Criteria for Adverse Events* do *National Cancer Institute* (NCI-CTCAE), enquanto os imunoalergologistas dividem as reações tendo em conta as que apresentam ou não características de ativação celular (imunológicas ou não imunológicas), utilizando o sistema de *Gell e Combs* (Vogel, 2014).

Nesta abordagem das RHTA, importa fazer referência a dois tipos de RHS que podem surgir com frequência na administração desta terapêutica e atingir níveis de severidade elevados, a saber, a anafilaxia e a síndrome de libertação de citocinas. Clinicamente, a distinção entre ambos os tipos de reação pode ser difícil, no entanto, o diagnóstico diferencial é impreterível para a decisão terapêutica futura, nomeadamente a possibilidade ou não de reexposição ao fármaco (Vogel, 2014).

A anafilaxia é uma RHS generalizada ou sistêmica, grave e potencialmente fatal, com envolvimento simultâneo de dois ou mais órgãos, geralmente pele, vias respiratórias, aparelho gastrointestinal e/ou sistema cardiovascular (Johansson et al., 2004; Roselló et al., 2017). Geralmente é uma reação mediada por IgE que pode ocorrer nos primeiros minutos ou até algumas horas após a exposição do fármaco, o que requer uma exposição prévia, surgindo após uma primeira administração do fármaco (Vogel, 2014). Neste caso denomina-se anafilaxia alérgica, uma vez que é mediada por um mecanismo imunológico.

Existem no entanto reações que, apesar de não terem uma causa imunológica, apresentam manifestações clínicas que se assemelham a anafilaxia, razão pela qual poderão ser designadas por anafilaxia não-alérgica (Roselló et al., 2017). A síndrome de libertação de citocinas é uma RAM não imunológica causada pela libertação de citocinas dos linfócitos T, causando uma resposta inflamatória (Vogel, 2014) e, embora não relacionada com a imunogenicidade do fármaco, em termos de manifestação clínica, sobrepõem-se à anafilaxia e a outras RAM imunologicamente relacionadas (Faria & Ribeiro, 2017). A maioria destas reações ocorre na primeira administração do fármaco e o risco reduz com as perfusões subsequente (Vogel, 2014).

Os agentes antineoplásicos mais suscetíveis de causar RHS são os sais de platina, taxanos, asparaginases e anticorpos monoclonais (Demoly et al., 2014). As RHS aos sais de platina e L-asparaginases são frequentemente mediadas por IgE (RHS tipo I), associam-se a exposições repetidas aos fármacos e a pré-medicação não previne a reação em caso de reexposição (Vogel, 2010). As RHS aos taxanos são clinicamente semelhantes às RHS tipo I, embora se presuma serem de origem não imunológica, causadas pela libertação inespecífica de histamina e triptase pelas células do sistema imunitário, geralmente desencadeada pelos solventes do fármaco (Vogel, 2010). Frequentemente as reações ocorrem nas primeiras administrações do fármaco, no início da infusão e a pré-medicação reduz consideravelmente a sua incidência (Vogel, 2010). As RHS desencadeadas pelos anticorpos monoclonais estão frequentemente associadas à síndrome de libertação de citocinas e assemelham-se a RHS tipo I, podendo ser clinicamente indistinguíveis, no entanto, a probabilidade de ocorrência diminui com as administrações subseqüentes (Vogel, 2010).

## **4 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS**

A evidência demonstra que o enfermeiro tem um papel determinante nos cuidados à pessoa com RHTA, por ser o profissional que administra os fármacos e acompanha todo o processo de tratamento. Com base na evidência científica foi possível categorizar quatro principais áreas de intervenção do enfermeiro nos cuidados à pessoa com RHTA, nomeadamente, no seu diagnóstico, na sua gestão, na sua prevenção e na educação do doente/família. Os cuidados de enfermagem incluídos neste guia orientador de boas práticas são apresentados de acordo com esta categorização, de modo a facilitar a sua compreensão. São ainda evidenciados os cuidados relativos ao encaminhamento e seguimento do doente na consulta de imunoalergologia – oncologia.

### **4.1 – Intervenções de Enfermagem no Âmbito da Prevenção**

A prevenção é a primeira linha de defesa contra as RHS (Gobel, 2005). Reconhecer os doentes e as situações com maior risco reduz a morbilidade e mortalidade associadas às RHTA (Shelton & Shivan, 2011), pelo que deve ser uma das principais medidas a ser tomadas. O enfermeiro deve estar familiarizado com estes eventos adversos, de forma a poder tomar medidas preventivas (Vogel, 2010). As intervenções de enfermagem associadas à prevenção estão relacionadas, sobretudo, com a identificação de factores de risco e uma adequada avaliação pré-infusional, que se apresentam em seguida.

#### *4.1.1 – Identificação dos Factores de Risco*

- a) Na consulta de enfermagem de acolhimento ao doente ou na que antecede a realização de um novo protocolo terapêutico, deve efetuar-se uma história prévia clara e detalhada que permita a avaliação e identificação dos principais factores de risco associados às RHTA (Gobel, 2005; Breslin, 2007; Vogel, 2010, 2014; Zetka, 2012; Gallimore, 2016; Roselló et al., 2017). Os principais factores de risco associados às RHTA encontram-se representados na Tabela 4;

Tabela 4 – Factores de Risco das RHTA

PESSOAIS	FARMACOLÓGICOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Co-morbididades (doenças alérgicas, doenças respiratórias crónicas, doenças cardiovasculares, infeções)</li> <li>– História de alergia medicamentosa</li> <li>– Atopias (asma, rinite alérgica, dermatite atópica)</li> <li>– Síndromes alérgicas múltiplos</li> <li>– Exposição anterior ao fármaco</li> <li>– Reação anterior a um fármaco da mesma classe</li> <li>– Realização de tratamento pela primeira vez</li> <li>– Carga tumoral elevada</li> <li>– Género feminino</li> <li>– Idade (idosos e crianças)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Terapêutica concomitante (bloqueadores <math>\beta</math>-adrenérgicos, IECA, AINE, opióides) e suplementos naturais</li> <li>– Características específicas do fármaco</li> <li>– Aumento da dose</li> <li>– Via de administração EV</li> <li>– Administração frequente/prolongada</li> <li>– Velocidade rápida de perfusão</li> </ul>

(Shelton & Shivan, 2011; Demoly et al., 2014; Vogel, 2014; Caiado, 2016)

- b) Esta avaliação deve ser devidamente documentada, no sentido de alertar os restantes profissionais de saúde caso existam factores de risco associados a RHTA (Vogel, 2010);
- c) Em caso de reação alérgica medicamentosa anterior, esta deve ser avaliada e documentada detalhadamente, com referência a dose, via de administração, sinais/sintomas, tratamento, recuperação e medicação concomitante (Vogel, 2014);
- d) Se identificados factores de risco para o doente desenvolver RHTA, deve ser informado o médico oncologista que deverá proceder ao encaminhamento do doente para a Consulta de Imunoalergologia – Oncologia, de acordo com a norma de procedimento *“Articulação entre o Hospital de Dia de Oncologia e a Consulta de Imunoalergologia – Oncologia”* (Apêndice I);
- e) Reconhecer o nível elevado de risco para o doente desenvolver uma RHTA quando submetido a protocolos de dessensibilização (Jakel et al., 2016b), bem como na realização de provas de provocação.

#### *4.1.2 – Avaliação Pré-Infusional*

- a) Identificar a terapêutica a administrar e o número de ciclos que o doente já realizou, por forma a antecipar possíveis reações (Viale & Yamamoto, 2009);
- b) Facultar a pré-medicação oral de acordo com o protocolo terapêutico prescrito e documentar em registo de enfermagem (Gobel, 2005; Vogel, 2010, 2014; Zetka, 2012; Roselló et al., 2017);
- c) Certificar e documentar a toma da pré-medicação oral antes de iniciar o tratamento (Vogel, 2014);
- d) Em todos os sistemas de administração de terapêutica antineoplásica garantir a existência de um acesso endovenoso de emergência o mais proximal possível ao doente (ex.: torneira de três vias com um acesso livre);
- e) Verificar a existência de protocolos de atuação de emergência atualizados e conhecidos por toda a equipa, bem como material adequado e de fácil acesso para tratamento da reação (Roselló et al., 2017).

#### **4.2 – Intervenções de Enfermagem no Âmbito do Diagnóstico**

Um diagnóstico atempado e adequado de uma RHTA permite ao enfermeiro melhorar os resultados da sua atuação (Vogel, 2010) e minimizar as complicações para o doente (Gallimore, 2016). Apresentam-se em seguida as principais intervenções de enfermagem associadas ao diagnóstico das RHTA.

- a) Conhecer as características da terapêutica administrada e compreender a fisiopatologia dos diferentes tipos de reações (Breslin, 2007; Vogel, 2010; Zetka, 2012; Gallimore, 2016);
- b) Conhecer os tipos de reação mais frequente associada aos fármacos antineoplásicos mais suscetíveis (Tabela 5);

**Tabela 5 – Fármacos antineoplásicos com suscetibilidade para desenvolver reações de hipersensibilidade**

<b>FÁRMACOS</b>	<b>TIPO DE REAÇÃO MAIS FREQUENTE</b>
<b>SAIS DE PLATINA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Oxaliplatina</i></li> <li>– <i>Carboplatina</i></li> <li>– <i>Cisplatina</i></li> </ul>	<b>Reação de Hipersensibilidade Alérgica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sintomas cutâneos, respiratórios, gastrointestinais, cardiovasculares (isolados ou em associação)</li> <li>– Ocorre habitualmente entre o 6º e o 8º ciclo (pressupõe a necessidade de um período de sensibilização).</li> <li>– Mecanismo mediado por IgE subjacente</li> <li>– Risco aumenta com dose cumulativa</li> <li>– Geralmente ocorrem durante a perfusão, podendo ocorrer até várias horas após o seu término</li> </ul>
<b>TAXANOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Paclitaxel</i></li> <li>– <i>Docetaxel</i></li> <li>– <i>Cabazitaxel</i></li> </ul>	<b>Reação de Hipersensibilidade Não-Alérgica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sintomas cutâneos, respiratórios, gastrointestinais, cardiovasculares, dor lombar intensa</li> <li>– Ocorre habitualmente nos primeiros 10 a 15 minutos após início da perfusão, na primeira ou segunda infusão</li> <li>– A pré-medicação com anti-histamínicos e corticoides e a redução do ritmo de perfusão reduzem a taxa de reações e a sua gravidade em administrações posteriores</li> <li>– Geralmente desencadeadas pelos solventes do fármaco</li> </ul>
<b>ANTICORPOS MONOCLONAIS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Rituximab</i></li> <li>– <i>Cetuximab</i></li> <li>– <i>Trastuzumab</i></li> <li>– <i>Bevacizumab</i></li> <li>– <i>Pertuzumab</i></li> <li>– <i>Nivolumab</i></li> <li>– <i>Panitumumab</i></li> </ul>	<b>Reação de Hipersensibilidade Não-Alérgica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ocorre habitualmente na primeira infusão (probabilidade de ocorrência diminui com as administrações subsequentes)</li> <li>– Reação associada à síndrome de libertação de citocinas (lise tumoral) – eritema, prurido, rinofaringite, hipotensão, hipertermia, tremores, cefaleias</li> <li>– As reações podem ir de sintomas ligeiros a reações graves</li> <li>– A pré-medicação e a redução da velocidade de perfusão diminuem a incidência e a gravidade da reação</li> </ul>

(Capela et al., 2017; Faria & Ribeiro, 2017; Roselló et al., 2017)

- c) Na sala de tratamentos, alocar o doente que realiza tratamentos com sais de platina, taxanos (nas duas primeiras administrações) e anticorpos monoclonais nos cadeirões com acesso às rampas de oxigénios;
- d) Realizar uma monitorização inicial do doente, com avaliação dos sinais vitais e do seu estado geral, sobretudo alterações gastrointestinais e alterações da pele e mucosas, antes de iniciar a administração terapêutica e documentar esta avaliação (Vogel, 2010);

- e) Observar atentamente o doente durante toda a perfusão, sobretudo na primeira meia hora (Breslin, 2007; Vogel, 2010);
- f) Estar alerta para a possibilidade de ocorrerem sinais de reação durante ou após a administração do fármaco, em todos os ciclos de tratamento (Shelton & Shivnan, 2011; Zetka, 2012);
- g) Reconhecer precocemente os sinais e sintomas de reação de modo a permitir uma atempada atuação (Viale & Yamamoto, 2012; Zetka, 2012);
- h) Valorizar todos os sinais e sintomas do doente, mesmo que inespecíficos e documentar em registo de enfermagem (Roselló et al., 2017);
- i) Reconhecer que a realização de pré-medicação não elimina o risco de desenvolver RHTA, devendo manter-se a monitorização contínua durante e imediatamente após a infusão;
- j) Reconhecer a possibilidade de ocorrência de reações tardias ou bifásicas (Vogel, 2010; Viale & Yamamoto, 2012);
- k) Nos protocolos de dessensibilização, monitorizar o ritmo cardíaco e o padrão respiratório durante todo o procedimento e avaliar frequentemente a existência de informação subjetiva indiciadora de uma RHS (prurido, náusea ou ansiedade) (Jakel et al., 2016b).

#### **4.3 – Intervenções de Enfermagem no Âmbito da Gestão**

A evidência sugere que as organizações devem ter protocolos com algoritmos de atuação, tendo em conta o tipo e a gravidade dos sintomas, que possam ser iniciados pelos enfermeiros em caso de RHTA (Gobel, 2005; Vogel, 2010; Shelton & Shivnan, 2011; Viale & Yamamoto, 2012; Zetka, 2012; Vogel, 2014; Gallimore, 2016; Roselló et al., 2017). No âmbito da gestão da reação, os enfermeiros devem proceder de acordo com a norma de procedimento *“Cuidados de Enfermagem na Gestão da Reação de Hipersensibilidade à Terapêutica Antineoplásica Imediata”*, onde consta o algoritmo de atuação desenvolvido pela equipa multidisciplinar do Hospital de Dia de Oncologia em conjunto com a equipa clínica de imunoalergologia

(Apêndice II) e se encontram esquematizadas as principais intervenções para o controlo e tratamento da RHTA.

As intervenções de enfermagem associadas à gestão da RHTA aqui apresentadas foram organizadas tendo em conta a avaliação e controlo de sintomas, a reintrodução do fármaco e a documentação da reação.

#### *4.3.1 – Avaliação e controlo de sintomas*

- a) Ao primeiro sinal de reação, deve ser parada de imediato a perfusão e mantido o acesso venoso permeável com solução salina (Gobel, 2005; Breslin, 2007; Shelton & Shivnan, 2011; Zetka, 2012; Vogel, 2010, 2014; Jakel et al., 2016b; Gallimore, 2016; Roselló et al., 2017);
- b) Avaliar de imediato a condição clínica do doente e solicitar ajuda (notificar o médico de apoio ao hospital de dia e/ou a equipa de emergência) (Vogel, 2010; Shelton & Shivnan, 2011; Zetka, 2012; Jakel et al., 2016b; Gallimore, 2016; Roselló et al., 2017);
- c) Garantir o ABCDE da ressuscitação (via aérea, respiração, circulação, estado de consciência e exposição das zonas afetadas, do inglês, *airway, breathing, circulation, disability, exposure*) (Gobel, 2005; Vogel, 2010, 2014; Roselló et al., 2017);
  - ⇒ Avaliação imediata dos sinais vitais e da progressão dos sintomas (Gobel, 2005; Shelton & Shivnan, 2011; Zetka, 2012);
  - ⇒ Manter frequência de avaliação de parâmetros vitais a cada 2-5 minutos até estabilização hemodinâmica (Gobel, 2005; Vogel, 2010, 2014; Jakel et al., 2016b);
  - ⇒ Avaliar alterações gastrintestinais, alterações cutâneas, cefaleias, entre outros (Vogel, 2010; Vogel, 2014);
- d) Atuar de acordo com a sintomatologia apresentada pelo doente (Gobel, 2005) e o grau de severidade da reação<sup>1</sup> (Vogel, 2014);

---

<sup>1</sup> Por decisão da equipa multidisciplinar, a avaliação do grau de severidade da reação é efetuada pelo imunoalergologista, mediante o tipo de RHS diagnosticado, razão pela qual não é apresentada uma escala para o efeito.



- ⇒ Posicionar o doente: se hipotensão posição de *Trendlenburg*; se dificuldade respiratória posição de sentado com cabeça elevada; se inconsciência colocar o doente em posição de segurança/recuperação (Roselló et al., 2017);
  - ⇒ Preparar e administrar a medicação de urgência, selecionada de acordo com a sintomatologia apresentada<sup>2</sup> (Gobel, 2005; Breslin, 2007; Vogel, 2010; Shelton & Shivnan, 2011; Vogel, 2014; Gallimore, 2016; Jakel et al., 2016; Roselló et al., 2017);
  - ⇒ Até à chegada do médico, atuar de acordo com o algoritmo de atuação presente na norma de procedimento aprovada para o serviço;
  - ⇒ Administrar oxigénio se necessário e indicado (Gobel, 2005; Breslin, 2007; Vogel, 2014; Jakel et al., 2016b; Gallimore, 2016; Roselló et al., 2017);
- e) Após estabilização do doente, avaliar os parâmetros vitais a cada 15 minutos (Gobel, 2005; Vogel, 2010, 2014), até que os sintomas sejam resolvidos (Roselló et al., 2017);
- f) Após resolução da RHS são necessários cuidados de suporte e monitorização durante algumas horas para assegurar que a sintomatologia reverteu por completo (Shelton & Shivnan, 2011; Roselló et al., 2017);
- g) O tempo de vigilância após a reação deve ser individualizado e definido de acordo com o grau de severidade da reação, grau de capacidade do doente e proximidade de um serviço de urgência (Roselló et al., 2017), no entanto, está preconizado que o doente deve permanecer em observação até pelo menos 4 horas após a reação (Gobel, 2005; Vogel, 2010, 2014) e, em caso de reações graves, pelo risco de reação bifásica, este período deve ser superior, desde 8 a 12 horas (Vogel, 2014), até 24 horas (Gobel, 2005; Vogel, 2010);

---

<sup>2</sup> Não existe um regime terapêutico *standard* em caso de reação pois a escolha do medicamento estará sempre relacionada com o tipo de sintomas apresentados e a decisão médica no momento (Jakel et al., 2016). Existe pouca evidência e alguma controvérsia relativamente à terapêutica utilizada nos protocolos de atuação (Shelton & Shivnan, 2011).

- h) O algoritmo de atuação deverá ser conhecido pelos enfermeiros responsáveis pela administração de terapêutica antineoplásica e estar exposto na forma de póster, em local visível na sala de tratamentos (Apêndice III);
- i) O enfermeiro deve assegurar que o local onde se administra esta terapêutica está equipado com todo o material de urgência necessário para tratar uma RHS e que este seja de fácil acesso (Gobel, 2005; Zetka, 2012; Vogel, 2010, 2014; Roselló et al., 2017);
- j) Na sala de tratamento deverá estar disponível o *kit* de emergência para RHTA, onde se encontra o material necessário para atuar de imediato na gestão da reação e estabilização do doente (Zetka, 2012);
- k) Para garantir o controlo de qualidade, encontra-se incluído no *kit* de emergência para RHTA uma ficha com a designação do material nele incluído, para permitir a sua correta reposição após cada utilização, bem como uma ficha de verificação mensal de prazos de validade e caracterização do material (Apêndice IV);
- l) A medicação de emergência deve estar facilmente acessível e ser armazenada sempre no mesmo local (Gobel, 2005), neste caso, no *kit* de emergência para RHTA ou no carro de urgência pertencente ao serviço, que também poderá ser utilizado para o efeito;
- m) Na administração de protocolos de dessensibilização, garantir a existência e disponibilidade de todo o equipamento de emergência necessário, incluindo oxigénio e material para aspiração e nebulização junto da unidade do doente (Gobel, 2005; Jakel et al., 2016b);
- n) O enfermeiro deve intervir no âmbito do *distress* psicológico do doente e família, de modo a aliviar os sintomas de medo e de incerteza, frequentemente associados a este tipo de reação (Roselló et al., 2017).

#### 4.3.2 – Reintrodução do Fármaco

- a) Dependendo do tipo de reação e se resolução completa de sintomas após administração de medicação, a perfusão pode ser retomada cuidadosamente, num ritmo reduzido (Breslin, 2007; Zetka, 2012), geralmente a metade do ritmo de perfusão inicial e titulada de acordo com a tolerância (Breslin, 2007);
- b) Em caso de suspeita de reação alérgica, o tratamento deve ser interrompido (Zetka, 2012);
- c) Em relação aos protocolos de dessensibilização, a terapêutica pode ser reiniciada assim que a reação estiver tratada e o doente voltar à sua normalidade, de acordo com indicação médica (Jakel et al., 2016b);
- d) A decisão de iniciar ou não a perfusão cabe ao médico que assiste o doente durante a RHS.

#### 4.3.3 – Documentação da RHTA

- a) Documentar detalhadamente a reação, onde devem constar os seguintes itens (Vogel, 2010; Roselló et al., 2017):
  - ⇒ Avaliação pré-infusional: co-morbilidades e medicação concomitante (nomeadamente  $\beta$ -bloqueadores e IECA), fármacos administrados antes da reação e relação temporal entre eles, doses e número de ciclos anteriores;
  - ⇒ Fármaco que provocou a reação;
  - ⇒ Ritmo de perfusão e volume infundido (dose administrada);
  - ⇒ Pré-medicação administrada;
  - ⇒ Descriminação da reação com registo dos sinais/sintomas, parâmetros vitais, exame objetivo e momento do início dos sinais/sintomas;
  - ⇒ Tratamento instituído e resposta do doente ao mesmo;
  - ⇒ Momento de resolução dos sintomas;

- ⇒ Em caso de reintrodução do fármaco, registo do ritmo de perfusão, volume infundido e tolerância;
- ⇒ Seguimento dado ao doente e/ou outras indicações clínicas;
- b) Para um registo rigoroso poderá facilitar a utilização de um protocolo de documentação da reação (Roselló et al., 2017). Para tal foi criada uma ficha de documentação própria para o efeito, que deverá ser preenchida e arquivada no processo clínico do doente (Apêndice V);
- c) Um registo claro, completo, preciso e pormenorizado sobre as características da reação revela e dá visibilidade à intervenção de enfermagem na gestão da reação, para além de facilitar a avaliação pelos clínicos de imunoalergologia;
- d) Reportar o evento de acordo com a política da organização, preenchendo o impresso instituído na organização denominado “Sistema de Notificação de Eventos Adversos – Monitorização e Notificação” (Anexo I);
- e) Em caso de reação anafilática comprovada, a reação deve ser notificada no Catálogo Português de Alergias e Outras Reações Adversas pelos enfermeiros ou pelos clínicos de imunoalergologia (Direção-Geral da Saúde, 2012);
- f) Em caso de RHTA informar o médico oncologista do doente que deverá proceder ao encaminhamento para a Consulta de Imunoalergologia – Oncologia conforme indicado na norma de procedimento *“Articulação entre o Hospital de Dia de Oncologia e a Consulta de Imunoalergologia – Oncologia”* (Apêndice I).

#### **4.4 – Intervenções de Enfermagem no Âmbito da Educação**

A educação do doente é um importante factor que contribui para a prevenção e gestão da reação (Gallimore, 2016), uma vez que é a chave principal para o seu reconhecimento atempado (Vogel, 2014). Assim, é fundamental a realização de ensinios relacionados com as RHTA ao doente e família, que devem ser iniciados na consulta de enfermagem de acolhimento ao serviço e estender-se no decorrer dos tratamentos. As necessidades educativas passam igualmente pelos enfermeiros, que devem assegurar a sua formação e atualização de conhecimentos, com impacto na melhoria da sua prestação de cuidados à pessoa com RHTA.

#### *4.4.1 – Educação do Doente e Família*

- a) Informar sobre a possibilidade de ocorrência de uma reação durante a infusão e/ou reações de hipersensibilidade tardias (Vogel, 2010);
- b) Assegurar que a ocorrência da maior parte destes eventos é expectável e pode ser tratada facilmente, uma vez que a maioria das reações ocorre de forma ligeira a moderada (Breslin, 2007);
- c) Educar o doente sobre os sinais e sintomas que podem indiciar uma RHTA imediata e/ou tardia (Viale & Yamamoto, 2009; Vogel, 2010, 2014);
- d) Instruir sobre a importância de reportar de imediato a ocorrência de qualquer sintomatologia incomum durante o tratamento, inexistente no início da perfusão (Breslin, 2007; Zetka, 2012);
- e) Esclarecer sobre o procedimento e protocolo terapêutico, bem como efeitos secundários do tratamento (Breslin, 2007; Gallimore, 2006; Shelton & Shivnan, 2011);
- f) Assegurar o acompanhamento de enfermagem durante todo o procedimento, de modo a tranquilizar o doente e a família (Shelton & Shivnan, 2011);
- g) Fornecer informações sobre a posologia da medicação oral pré e pós tratamento e reforçar a sua função e importância;
- h) Em caso de reação, esclarecer o doente relativamente ao evento adverso;
- i) Informar sobre reações cruzadas entre os vários agentes farmacológicos, de forma a evitar a mesma classe do medicamento que provocou a reação (Vogel, 2014);
- j) Nos protocolos de dessensibilização oncológica, esclarecer o doente relativamente ao procedimento e à necessidade de o realizar em todos os ciclos de tratamento, bem como no sentido de o prevenir para a possibilidade de ocorrência de reações tardias, alertando-o para a necessidade de ser observado de imediato por um profissional de saúde em caso de ocorrência de qualquer sintoma após o tratamento (Jakel et al., 2016b);
- k) Providenciar apoio emocional ao doente que teve RHTA bem como aos seus familiares (Roselló et al., 2017);

- l) Transmitir a informação ao doente e família, não apenas de forma verbal, mas também de forma escrita;
  - ⇒ Entregar suporte informativo escrito ao doente que teve RHTA (Apêndice VI) após o evento adverso;
  - ⇒ Entregar suporte informativo escrito ao doente após a Consulta de Imunoalergologia – Oncologia, com explicação dos procedimentos que irá efetuar (Apêndice VII).

#### *4.4.2 – Educação da Equipa de Enfermagem*

- a) Os enfermeiros devem conhecer a terapêutica administrada e compreender a fisiopatologia dos diferentes tipos de reações (Breslin, 2007; Vogel, 2010; Zetka, 2012; Gallimore, 2016);
- b) Pelo grau de severidade que as RHTA podem adquirir, todos os profissionais que administram estes fármacos devem estar formados e treinados em suporte imediato de vida (Gobel, 2005; Vogel, 2010). Para tal, os enfermeiros da equipa deverão frequentar a formação obrigatória proporcionada pela organização a cada dois anos;
- c) Simular situações de RHTA facilita a formação dos enfermeiros e promove maiores níveis de conforto e confiança (Viale & Yamamoto, 2012).

#### **4.5 – Encaminhamento para a Consulta de Imunoalergologia – Oncologia**

A consulta de imunoalergologia – oncologia é um recurso fundamental para o doente em risco de desenvolver ou que já tenha desenvolvido uma RHTA, uma vez que permite realizar um diagnóstico e definir alternativas terapêuticas possíveis para que este possa manter o seu tratamento com segurança. Sendo o enfermeiro um elemento central na equipa multidisciplinar, o seu contributo no encaminhamento do doente e nos procedimentos realizados e/ou prescritos nesta consulta é essencial. As intervenções de enfermagem a este nível, apresentadas seguidamente, encontram-se organizadas tendo em conta a referenciação do doente para a

consulta, testes cutâneos, prova de provocação medicamentosa e dessensibilização à terapêutica antineoplásica.

#### *4.5.1 – Referenciação*

- a) A referenciação para a consulta de imunoalergologia deverá ser realizada de acordo com a norma de procedimento *“Articulação entre o Hospital de Dia de Oncologia e a Consulta de Imunoalergologia – Oncologia”* (Apêndice I);
- b) O doente oncológico referenciado para esta consulta continua a ser acompanhado pela equipa multidisciplinar do Hospital de Dia de Oncologia na realização de todos os procedimentos afetos à especialidade de imunoalergologia;
- c) O enfermeiro dá apoio ao doente após a consulta de imunoalergologia no sentido de o esclarecer sobre os procedimentos que irão ser realizados, devendo entregar ao doente o instrumento de suporte educacional que serve de apoio aos ensinamentos realizados (Apêndice VII);
- d) O enfermeiro deve colaborar com o médico imunoalergologista nos procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento do doente oncológico com RHTA.

#### *4.5.2 – Testes Cutâneos*

- a) Os testes cutâneos têm como finalidade avaliar o grau de sensibilização do fármaco (Caiado, 2016);
- b) São indicados a todos os doentes com suspeita de reação imediata, habitualmente reações IgE mediadas, como é o caso dos sais de platina (oxaliplatino, carboplatino e cisplatino) e alguns anticorpos monoclonais e taxanos (caso tenham ocorrido reações após múltiplas infusões, suspeitando-se neste caso de um mecanismo alérgico subjacente) (Caiado, 2017);
- c) Tem sido proposto a realização de testes cutâneos para identificar doentes em risco de desenvolver RHS, nomeadamente no caso dos sais de platina, em que os doentes poderão ser testados após o 7º ciclo de carboplatina e após o 5º

ciclo de oxaliplantina, embora ainda não seja prática consensual (Caiado, 2017)<sup>3</sup>;

- d) São recomendados testes cutâneos por picada para as RHS imediatas e testes intradérmicos quando os anteriores são negativos ou no caso de RHS tardias (com leitura tardia às 72 horas) (Demoly et al., 2014; Caiado, 2016);
- e) Nos testes cutâneos por picada (*prick*) é habitualmente utilizada a solução do fármaco não diluído (1:1); caso sejam negativos, são realizados testes intradérmicos com várias diluições do fármaco até à concentração não irritativa, com leitura aos 15-20 minutos; pode ser efetuada uma leitura tardia às 48 horas, na suspeita de reações tardias (Caiado, 2016);
- f) Não se devem efetuar testes cutâneos com antraciclinas por se ter demonstrado toxicidade cutânea, dado o seu potencial vesicante (Mezzano et al., 2014);
- g) Os testes cutâneos são realizados pelo médico imunoalergologista com a colaboração do enfermeiro;
- h) Após a realização dos testes cutâneos o enfermeiro avalia e presta cuidados imediatos ao local onde foi realizado o procedimento;
  - ⇒ Observar a pele do membro onde foram realizados os testes cutâneos e efetuar registo fotográfico;
  - ⇒ De acordo com as características do fármaco testado, realizar a aplicação de medidas físicas e específicas de atuação no extravasamento (norma de procedimento de enfermagem “*Prevenção e Monitorização de Extravasamento de Citostáticos*”) e realizar ensino ao doente com respetivas medidas para a alta;
  - ⇒ Efetuar registos de enfermagem completos e detalhados sobre o procedimento, características do local de teste, medidas aplicadas e ensino realizado;
  - ⇒ Agendar a reavaliação da integridade cutânea do local de teste de acordo com o previsto na norma de procedimentos de enfermagem supracitada;

---

<sup>3</sup> De momento esta não é uma prática vigente no serviço.



⇒ Preencher a ficha de notificação e monitorização de evento adverso no local de punção para a administração de citostáticos endovenosos, vigente no serviço, assinalando que se trata da realização de testes cutâneos<sup>4</sup>.

#### 4.5.3 – Prova de Provocação Medicamentosa

- a) Consiste na administração controlada de pequenas doses do fármaco a testar (habitualmente inicia-se com 1/10 da velocidade), de forma progressiva e crescente, até se atingir a dose terapêutica ou reação adversa (Palma-Carlos et al., 2007; Caiado, 2016);
- b) São consideradas o *gold standard* para a identificação do fármaco responsável pela RHS, sendo efetuadas com o objetivo de excluir e/ou confirmar o diagnóstico (Demoly et al., 2014; Caiado, 2016);
- c) As principais indicações para a realização de provas de provocação medicamentosa são:
  - ⇒ Exclusão de RHS em casos pouco sugestivos (Palma-Carlos et al., 2007; Caiado, 2016);
  - ⇒ Exclusão de reatividade cruzada (Palma-Carlos et al., 2007);
  - ⇒ Confirmação do diagnóstico no caso de história sugestiva com testes cutâneos negativos/inconclusivos/não disponíveis (Demoly et al., 2014; Caiado, 2016);
  - ⇒ Obtenção de alternativa terapêutica segura (Palma-Carlos et al., 2007);
- d) Por se tratar de um procedimento de risco, a prova é realizada em Hospital de Dia de Oncologia, com apoio da equipa clínica de imunoalergologia;
- e) O doente é instalado numa cama da sala de tratamentos e deve ser acompanhado durante todo o procedimento, com monitorização cardíaca

---

<sup>4</sup> Quando relacionado com o tratamento oncológico, um extravasamento pode ser definido como uma infiltração inadvertida de fármacos citostáticos nos tecidos subcutâneos ou subdérmicos na área circundante do local de administração (Fidalgo et al., 2012). Perante esta definição, não se pode considerar que os testes cutâneos com terapêutica citostática causem um extravasamento, uma vez que não se trata de uma infiltração inadvertida do fármaco, no entanto, devem ser tomadas as mesmas medidas de monitorização e prevenção de complicações associadas ao extravasamento.

contínua e avaliação dos parâmetros vitais de cada vez que é aumentada a velocidade de perfusão e/ou sempre que se justifique;

- f) Garantir que o *kit* de emergência de RHTA está próximo do doente e pronto a utilizar;
- g) Preparar o equipamento de emergência necessário, nomeadamente o oxigénio e material para aspiração e nebulização junto da unidade do doente e verificar a sua funcionalidade;
- h) Após término da prova o doente deve permanecer em vigilância no serviço. O tempo de vigilância é definido pelo imunoalergologista, tendo em conta a tolerância e a especificidade de cada doente.

#### *4.5.4 – Dessensibilização à Terapêutica Antineoplásica*

- a) Realiza-se quando é comprovada uma reação alérgica ou em caso de reação grave, independentemente do mecanismo imunológico (Demoly et al., 2014);
- b) Este procedimento permite a indução de um estado temporário de ausência de resposta e/ou tolerância a um composto responsável por uma RHS, devendo ser realizada apenas quando o fármaco responsável pela reação é essencial e não existem alternativas terapêuticas ou estas não são satisfatórias (Demoly et al., 2014);
- c) Recomenda-se a utilização de protocolos já existentes e previamente aplicados com sucesso, que devem ser prescritos em concordância entre as especialidades de imunoalergologia e oncologia (Demoly et al., 2014, Jakel et al., 2016a);
- d) Com uma supervisão rigorosa, a utilização de protocolos de dessensibilização pode ser efetuada de forma segura (Jakel et al., 2016a, 2016b);
- e) Os protocolos de dessensibilização devem ocorrer em local e espaço físico adequados, na presença de médicos e enfermeiros experientes no reconhecimento e tratamento de RHS (Caiado, 2016);
- f) Dependendo do risco estimado para cada doente, a dessensibilização deve ser realizada no Hospital de Dia ou na Unidade de Cuidados Intensivos, com

terapêutica e material de emergência adequados e um rácio de enfermeiro-doente de 1:1 (Caiado, 2016; Jakel et al., 2016a, 2016b);

- g) Os cuidados de enfermagem à pessoa que realiza dessensibilização à terapêutica oncológica encontram-se sistematizados na norma de procedimento de enfermagem “*Cuidados de enfermagem à pessoa submetida a dessensibilização oncológica*” (Apêndice VIII), que deve ser cumprida sempre que se administram protocolos de dessensibilização a uma terapêutica antineoplásica.

## **NOTAS FINAIS**

As RHTA são eventos adversos com impacto negativo no bem-estar e no seu processo terapêutico do doente. No sentido de garantir o sucesso da gestão das reações e minimizar os seus efeitos negativos, é fundamental adotar uma intervenção devidamente fundamentada e sistematizada, razão pela qual foi desenvolvido o presente guia orientador de boas práticas.

O enfermeiro, inserido no seio de uma equipa multidisciplinar, é um central e elemento dinamizador, que assume um importante papel nos cuidados prestados à pessoa com RHTA. Com base na evidência científica disponível foi possível categorizar a intervenção do enfermeiro em quatro áreas distintas, nomeadamente, no diagnóstico, gestão, prevenção e educação associada às RHS, sobre as quais incidiu a organização deste guia.

Pretende-se que o presente guia orientador de boas práticas seja um contributo para a prestação de cuidados de qualidade e centrados na individualidade e nas necessidades da pessoa com RHTA, assim como um meio facilitador para a capacitação da equipa de enfermagem no que respeita à abordagem destas reações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005) Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 8(1). 19-32. Disponível em <http://www.journalsonline.tandf.co.uk/openurl.asp?genre=article&eissn=1464-5300&volume=8&issue=1&spage=19>. Acedido a 12.10.2017.
- Breslin, S. (2007). Cytokine-release syndrome: Overview and nursing implications. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 11(1). 37-42. DOI: 10.1188/07.CJON.S1.37-42.
- Caiado, J. (2016). Hipersensibilidade a fármacos – Tratar, documentar, dessensibilizar. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 24(2). 111-114. Disponível em [http://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/hipersensibilidade-a-farmacos-%E2%80%93-93-tratar-documentar-e-dessensibilizar.pdf](http://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/hipersensibilidade-a-farmacos-%E2%80%93-93-tratar-documentar-e-dessensibilizar.pdf). Acedido a 28.02.2017.
- Capela, A.; Magalhães, H.; Bonito, N. & Joaquim, A. (2017). Fatores de risco para reações em oncologia. In *Reações Oncológicas* (pp.19-29). [sl, sn].
- Demoly, P.; Adkinson, N. F.; Brockow, K.; Castells, M.; Chiriac, A. M.; Greenberger, P.A.; Khan, D. A.; Lang, D. M.; Park, H.-S.; Pichler, W.; Sanchez-Borges, M.; Shiohara, T.; Yu-Hor Thong, B. (2014). International consensus on drug allergy. *Allergy – European Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 69. 420-437. DOI: 10.1111/all.12350.
- Direção-Geral da Saúde (2012). Norma n.º 002/2012 de 04/07/2012, atualizada a 11/08/2015 (Registo de Alergias e Outras Reações Adversas). Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022012-de-04072012.aspx>. Acedido a 15.04.2018.
- Faria, E. & Ribeiro, C. (2017). Reações de hipersensibilidade em oncologia. In *Reações Oncológicas* (pp. 11-18). [sl, sn].
- Fidalgo, J.; Fabregat, L.; Cervantes, A.; Margulies, A.; Vidall, C.; Roila, F. (ESMO Guidelines Working Group). (2012). Management of chemotherapy extravasation: ESMO–EONS clinical practice guidelines. *Annals of oncology*. 23(7): 167-173. DOI:10.1093/annonc/mds294.

- Gallimore, E. (2016). Infusion-related risks associated with chemotherapy. *Nursing Standard*. 30(25). 51-58. DOI: 10.7748/ns.30.25.51.s48
- Gobel, B. H. (2005). Chemotherapy-induced hypersensitivity reactions. *Oncology Nursing Forum*. 32(5). 1027-1035. DOI: 10.1188/05.ONF.1027-1035.
- Jacobson, J. O.; Polovich, M.; McNiff, K.; LeFebvre, K.; Cummings, C.; Galioto, M.; Bonelli, K. & McCorkle, M. R. (2009). American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards. *Oncology Nursing Forum*. 36(6). 651-658. DOI: 10.1188/09.ONF.651-658.
- Jakel, P.; Carsten, C.; Braskett, M. & Carino, A. (2016a). Nursing Care of Patients Undergoing Chemotherapy Desensitization: Part I. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 20(1), 29-32. DOI: 10.1188/16.CJON.29-32.
- Jakel, P.; Carsten, C.; Carino, A. & Braskett, M. (2016b). Nursing Care of Patients Undergoing Chemotherapy Desensitization: Part II. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 20(2), 137-139. DOI: 10.1188/16.CJON.137-139.
- Johansson, S. G. O.; Bieber, T.; Dahl, R.; Friedmann, P. S.; Lanier, B. Q.; Lockey, R. F.; Motala, C.; ... Williams, H. C. (2004). Revised Nomenclature for Allergy for Global Use: Report for the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, October 2003. *American Academy of Allergy, Asthma and Immunology*. 113(5). 831-836. DOI: 10.1016/j.jaci.2003.12.591.
- Mezzano, V.; Giavina-Bianchi, P.; Picard, M.; Caiado, J. & Castells, M. (2014). Drug desensitization in the management of hypersensitivity reactions to monoclonal antibodies and chemotherapy. *BioDrugs*. 28. 133-144. DOI: 10.1007/s40259-013-0066-x.
- Neuss, M.; Gilmore, T.; Belderson, K.; Billett, A.; Conti-Kalchik, T.; Harvey, B.; Hendricks, C.; ... Polovich, M. (2017). 2016 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards, including standards of Pediatric Oncology. *Oncology Nursing Forum*. 44(1). 31-43. DOI: 10.1188/17.ONF.31-43.
- Palma-Carlos, S.; Carvalho, S.; Almeida, T.; Braga, C.; Borrego, M.; Romeira, A. M.; Gaspar, A.; Leiria Pinto, P. & Rosado Pinto, J. (2007). Hospital de dia na

hipersensibilidade a fármacos: Segurança das provas de provocação. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 15(6). 485-497. Acedido a 25.06.2017. Disponível em [http://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/hospital-de-dia-na-hipersensibilidade-a-farmacos:-seguranca-das-provas-de-provocacao.pdf](http://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/hospital-de-dia-na-hipersensibilidade-a-farmacos:-seguranca-das-provas-de-provocacao.pdf)

Regateiro, F. & Faria, E. (2016). Mecanismos imunopatológicos das reações de hipersensibilidade a fármacos. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 24(2). 63-78. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/imu/v24n2/24n2a02.pdf>. Acedido a 17.04.2017.

Romano, A.; Torres, M. J.; Castells, M.; Sanz, M. L. & Blanca, M. (2011). Diagnosis and management of drug hypersensitivity reactions. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 127. 67-73. DOI: 10.1016/j.jaci.2010.11.047.

Roselló, S.; Blasco, I.; García Fabregat, L.; Cervantes, A. & Jordan, K. (2017). Management of infusion reactions to systemic anticancer therapy: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*. 28(4). 100-118. DOI: 10.1093/annonc/mdx216.

Shelton, B. & Shivnan, J. C. (2011). Acute hypersensitivity reactions: What nurses need to know. *Johns Hopkins Nursing*. 9(1). 34-36. Disponível em <http://magazine.nursing.jhu.edu/2011/04/acute-hypersensitivity-reactions-what-nurses-need-to-know/>. Acedido a 27.10.2017.

The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Australia: The Joanna Briggs Institute. Disponível em [https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual\\_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews\\_2015\\_v2.pdf](https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf). Acedido a 02.10.2017

Viale, P. H. & Yamamoto, D. S. (2009). Biphasic and delayed hypersensitivity reactions: Implications for oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14(3). 347-356. DOI: 10.1188/10.CJON.347-356.

Vogel, W. H. (2010). Infusion reactions: Diagnosis, assessment and management. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14(2). 10-21. DOI: 10.1188/10.CJON.E10-E21.

- Vogel, W. H. (2014). Hypersensitivity reactions to antineoplastic drugs. Capítulo 7. In Yarbro, C. H.; Wujcik, D. & Gobel, B. H. *Symptom Management* (4ª ed.). (pp. 115-130). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- World Health Organization. (1972). International drug monitoring: The role of national centres. Report of a WHO meeting. *World Health Organizations Technical Report Series*. 498. Geneva: WHO. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40968/1/WHO\\_TRS\\_498.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40968/1/WHO_TRS_498.pdf). Acedido a 06.12.2017.
- Zetka, E. S. (2012). The essentials of chemotherapy-induced infusion reactions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 16(5). 527-529. DOI: 10.1188/12.CJON.527-529.



## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE IV**

Composição do *kit* de emergência para RHTA

Ficha de verificação mensal do *kit* de emergência para RHTA

## COMPOSIÇÃO DO *KIT* DE EMERGÊNCIA PARA RHTA

Tipo de Material	Quantidade
<b>FÁRMACOS</b>	
Adrenalina 1mg/ml EV	3 ampolas
Clematina 2mg/ml EV	3 ampolas
Hidrocortisona 100mg/ml EV	3 ampolas
Metilprednisolona 125mg/ml EV	3 ampolas
Ranitidina 50 mg/ml EV	2 ampolas
Hidroxizina 25 mg PO	3 comprimidos
Paracetamol 1gr EV	1 frasco
Salbutamol	2 ampolas
Soro Fisiológico 10ml	5 ampolas
<b>MATERIAL DE USO CLÍNICO</b>	
Seringas 2 ml	4
Seringas 5 ml	4
Seringas 10 ml	4
Agulhas Diluição 20 G	8
Agulhas IM	4
Óculos Nasais	1
Máscara de Nebulização	1
Luvas protetoras para citotóxicos	1
Máscara com viseira	1
<b>DOCUMENTOS</b>	
Ficha de Documentação da <i>RHTA</i>	5 exemplares (Dossier)
Impresso – <i>Sistema de Notificação de Eventos Adversos (Monitorização e Notificação)</i>	5 exemplares (Dossier)
Suporte informativo escrito para o doente	5 exemplares (Dossier)

**FICHA DE VERIFICAÇÃO MENSAL DO MATERIAL DO KIT DE EMERGÊNCIA PARA RHTA**


**Ano: 2018**

	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro	
Data																								
Material Validação	Lote	Validade	Lote	Validade	Lote	Validade	Lote	Validade	Lote	Validade	Lote	Validade	Lote	Validade	Lote	Validade	Lote	Validade	Lote	Validade	Lote	Validade	Lote	Validade
Adrenalina 1mg/ml																								
Clematina 2mg/ml																								
Hidrocortisona 100mg/ml																								
Metilprednisolona 125mg/ml																								
Ranitidina 50 mg/ml																								
Hidroxizina 25 mg PO																								
Paracetamol 1gr EV																								
Salbutamol																								
Soro Fisiológico 10ml																								
Seringas 2ml																								
Seringas 5 ml																								
Seringas 10 ml																								
Agulhas Diluição 20G																								
Agulhas IM 20G 1½"																								
Óculos Nasais																								
Máscara de Nebulização																								

## **APÊNDICE VIII**

Norma de Procedimento

*“Cuidados de Enfermagem à Pessoa submetida a Dessensibilização Oncológica”*

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	<i>N.º Norma</i> <i>Data de Implementação</i>	Folha 1/10
<b>ASSUNTO:</b>  <b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA  SUBMETIDA A DESSENSIBILIZAÇÃO  ONCOLÓGICA</b>		<b>ELABORADA POR:</b> Enfermeira Inês Claro  <b>REVISTO POR:</b> <i>Nome do revisor</i>	
<b>DIVULGAÇÃO:</b> Manual Hospitalar Manual de Enfermagem – Hospital de Dia de Oncologia		Janeiro de 2017	
<b>ENTRADA EM VIGOR:</b> <i>Data de entrada em vigor</i>		<b>APROVADO POR:</b>  <i>Em fase de aprovação</i>	
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b> Hipersensibilidade;      Terapêutica      Antineoplásica; Dessensibilização;      Doente      Oncológico;      Oncologia; Imunoalergologia;		<b>A REVER EM:</b>  <i>Data da próxima revisão</i>	

## I – OBJETIVOS

### Objetivo Geral

- Sistematizar as intervenções de enfermagem relativas aos cuidados de enfermagem à pessoa submetida a dessensibilização oncológica;

### Objetivos Específicos

- Orientar o enfermeiro/a na prestação de cuidados à pessoa submetida a dessensibilização oncológica;
- Uniformizar os cuidados de enfermagem prestado à pessoa submetida a dessensibilização oncológica.

## II – DESTINATÁRIOS

Enfermeiros

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	<i>N.º Norma</i> <i>Data de Implementação</i>	Folha 2/10
---	------------------------------	--	---------------

### III – ENQUADRAMENTO

A dessensibilização a um fármaco é definida como a indução de um estado temporário de tolerância a um composto responsável por uma reação de hipersensibilidade (RHS) (Demoly et al., 2014). Este procedimento induz um estado de tolerância transitório, pelo que deve ser repetido em todas as administrações subsequentes (Caiado, 2016).

A decisão de dessensibilizar é considerada de forma individual para cada situação, tendo em consideração a gravidade da reação inicial, comorbilidades, objetivos terapêuticos e avaliação do risco associado à dessensibilização *versus* os potenciais benefícios do tratamento para o doente (Vogel, 2010). Deve apenas ser considerada quando o fármaco que provocou a RHS é essencial e não existem outras alternativas terapêuticas ou estas não são satisfatórias (Demoly et al., 2014). Na ausência de alternativas válidas, a dessensibilização permite que doentes com história de RHS possam manter a linha terapêutica antineoplásica, facto consideravelmente importante para o doente oncológico (Caiado, Rodrigues, Pedro, Costa & Pereira Barbosa, 2009).

Com supervisão rigorosa e a utilização de protocolos elaborados em simultâneo por oncologistas e imunoalergologistas, a dessensibilização pode ser realizada de forma segura (Jakel, Carsten, Braskett & Carino, 2016a). É recomendada a utilização de protocolos já existentes e previamente aplicados com sucesso (Mezzano, Giavina-Bianchi, Picard, Caiado & Castells, 2014). Uma estreita colaboração entre oncologistas, imunoalergologistas, enfermeiros e farmacêuticos é a chave para o sucesso da administração dos protocolos de dessensibilização oncológica (Sloane et al., 2016).

O enfermeiro assume um papel central na administração dos protocolos de dessensibilização e reconhece o risco de RHS associado, pelo que a monitorização contínua e a preparação para uma eventual reação asseguram a segurança do doente (Jakel et al., 2016).

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	<i>N.º Norma</i> <i>Data de Implementação</i>	Folha 3/10
---	------------------------------	--	---------------

## IV – ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO

### 1. Informações Específicas

- a) O procedimento consiste na administração de doses graduais e crescentes do fármaco a dessensibilizar;
- b) Cada protocolo de dessensibilização é personalizado de acordo com a dose específica do fármaco indicada para o doente (Jakel et al., 2016b);
- c) O protocolo de dessensibilização é selecionado e adaptado de acordo com a gravidade da reação inicial e as comorbilidades do doente (Mezzano et al, 2014);
- d) Pode ser utilizado um protocolo com diferentes soluções (Castells et al., 2008):
  - 3 soluções de 250ml administradas em 12 passos consecutivos com aumento progressivo da velocidade de perfusão a cada 15 minutos (o 12º passo é prolongado até se atingir a dose alvo)
    - Solução A (X/100)
    - Solução B (X/10)
    - Solução C (X)
  - 4 soluções de 250 ml administradas em 16 passos consecutivos com aumento progressivo da velocidade de perfusão a cada 15 minutos (o 16º passo é prolongado até se atingir a dose alvo)
    - Solução A (X/1000)
    - Solução B (X/100)
    - Solução C (X/10)
    - Solução D (X)

(sendo X a concentração do fármaco na forma não diluída)
- e) Pode ser utilizado um protocolo com apenas uma solução (Vidal et al., 2016):
  - Solução única com a diluição da dose total do fármaco numa concentração de 1mg/ml



	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	<i>N.º Norma</i> <i>Data de Implementação</i>	Folha 4/10
---	------------------------------	--	---------------

- Geralmente administrada em 16 passos com aumento da velocidade de perfusão a cada 15 minutos, às exceção dos últimos dois passos, administrados em 30 minutos
- f) Pode estar indicada a toma de pré-medicação nos dias que antecedem a dessensibilização, nomeadamente anti-histamínicos, corticoides, ácido acetilsalicílico e montelucaste (Mezzano et al., 2014);
- g) Em caso de reação durante a dessensibilização podem ser necessários ajustes nos tratamentos subsequentes, quer nos ritmos de perfusão, quer na pré-medicação, como forma de prevenção;
- h) Uma vez que a dessensibilização é considerada um procedimento de risco, em que as reações podem ser frequentes, devem ser interrompidos os fármacos que podem interferir com o tratamento das reações ou mesmo potenciá-las. Neste caso, os betabloqueadores e os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) devem ser suspensos 24 horas antes da dessensibilização, se indicação médica (Mezzano et al., 2014);
- i) Os protocolos de dessensibilização com três ou mais soluções têm uma duração de 6 ou mais horas e os protocolos de dessensibilização com uma solução têm uma duração de cerca de 4 horas e meia;
- j) A dessensibilização deve ser realizada sob supervisão direta de um imunoalergologista com experiência neste tipo de procedimento e um rácio enfermeiro/doente de 1:1 (Mezzano et al., 2014; Jakel et al., 2016);
- k) A periodicidade de administração do protocolo de dessensibilização mantém-se de acordo com o protocolo terapêutico prescrito pelo oncologista;
- l) As soluções do fármaco a dessensibilizar são preparadas na farmácia do Hospital de Dia de Oncologia pela equipa farmacêutica, de acordo com o protocolo de dessensibilização prescrito pelo imunoalergologista;
- m) Na realização de dessensibilização oncológica são mantidos os cuidados descritos na norma de procedimento relativa à administração de citostáticos.

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	<i>N.º Norma</i> <i>Data de Implementação</i>	Folha 5/10
---	------------------------------	--	---------------

## 2. Procedimentos antes da realização da dessensibilização

- a) Realizar o acolhimento do doente no Hospital de Dia de Oncologia e instalá-lo confortavelmente numa cama e/ou cadeirão;
- b) Informar o doente sobre o procedimento e mostrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas;
- c) Apoiar e transmitir confiança e segurança ao doente relativamente às intervenções de enfermagem que irão ser realizadas;
- d) Informar o imunoalergologista da chegada do doente;
- e) Efetuar uma avaliação inicial do estado geral do doente e avaliar e registar os parâmetros vitais;
- f) Confirmar a toma da pré-medicação do domicílio de acordo com prescrição médica;
- g) Confirmar a suspensão de betabloqueadores e IECA na véspera do tratamento (se indicação médica);
- h) Garantir a existência de terapêutica de urgência junto do doente para ser administrada em caso de reação, de acordo com indicação médica ou segundo a norma de procedimento – *Cuidados de Enfermagem na Gestão da Reação de Hipersensibilidade à Terapêutica Antineoplásica Imediata*;
- i) Preparar a rampa de oxigénio previamente, adaptando os óculos nasais ao debitómetro;
- j) Garantir a existência de material para aspiração e nebulização junto da unidade do doente;
- k) Confirmar o funcionamento da rampa de oxigénio e da rampa de aspiração;
- l) Preparar o sistema de soro com Cyto-Set® de 4 conexões e torneira de três vias, expurgando o sistema com cloreto de sódio 0,9% ou dextrose 5%, conforme o fármaco a ser administrado;

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	<i>N.º Norma</i> <i>Data de Implementação</i>	Folha 6/10
---	------------------------------	--	---------------

- m) Colocar os acessos de modo a perfundir o número de soluções pretendidas, garantindo um acesso livre para administração de terapêutica de emergência, o mais próximo possível do doente;
- n) Nos protocolos com três ou mais soluções, estas devem ser adaptadas às torneiras de três vias da menor para a maior concentração, no sentido do acesso mais distal para o mais proximal ao doente, respetivamente;
- o) Puncionar acesso venoso periférico ou central (cateter venoso central totalmente implantado);
- p) Administrar a pré-medicação hospitalar prescrita e registar a hora de administração;
- q) Confirmar a etiqueta de identificação da(s) solução(s) com a prescrição médica: nome do doente, número do processo clínico, nome do fármaco, via de administração, dose(s) e o volume(s);
- r) Nos protocolos com três ou mais soluções, numerar as soluções do fármaco a dessensibilizar por ordem de administração (A, B, C, D);
- s) Ter em conta as precauções de segurança relativa à administração de fármacos citostáticos;

### 3. Procedimentos durante a realização da dessensibilização

- a) Iniciar a administração do fármaco a dessensibilizar apenas após administração da pré-medicação;
- b) Cumprir os passos rigorosamente conforme indicado no protocolo de dessensibilização;
- c) Avaliar os parâmetros vitais do doente no final de cada passo, antes de alterar o ritmo de perfusão e efetuar o seu registo;

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	<i>N.º Norma</i> <i>Data de Implementação</i>	Folha 7/10
---	------------------------------	--	---------------

- d) Monitorizar o ritmo cardíaco e o padrão respiratório durante todo o procedimento;
- e) Vigiar o doente e estar alerta para qualquer alteração/reação adversa verificada;
- f) Alertar o doente para a importância de reportar qualquer sintoma não habitual, informando de imediato o profissional de saúde;
- g) Em caso de reação, parar de imediato a perfusão e atuar de acordo com a norma de procedimento – *Cuidados de Enfermagem na Gestão da Reação de Hipersensibilidade à Terapêutica Antineoplásica Imediata*; Se sintomas graves e/ou sugestivos de anafilaxia, iniciar de imediato a terapêutica e informar o imunoalergologista; Se sintomas ligeiros, informar primeiramente o imunoalergologista e aguardar pela decisão médica;
- h) Neste caso o doente deve ser observado novamente pelo imunoalergologista;
- i) A perfusão só deve ser novamente retomada caso a sintomatologia tenha revertido por completo e apenas segundo indicação médica.

#### 4. Procedimentos após a realização do tratamento

- a) Caso tenha ocorrido reação durante a administração do protocolo de dessensibilização, o doente deve permanecer em vigilância no serviço durante o tempo definido pelo médico (geralmente cerca de duas horas após o término do fármaco a dessensibilizar);
- b) O tempo de vigilância após a reação deve ser individualizado e definido de acordo com o grau de gravidade da reação, grau de capacidade do doente e proximidade de um serviço de urgência;

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	<i>N.º Norma</i> <i>Data de Implementação</i>	Folha 8/10
---	------------------------------	--	---------------

- c) Caso não tenha ocorrido reação durante a administração do protocolo de dessensibilização, o doente deve permanecer no serviço durante aproximadamente uma hora após o término do fármaco a dessensibilizar;
- d) Avaliar o estado geral do doente e parâmetros vitais após cumprido o período de vigilância após administração do protocolo de dessensibilização;
- e) Entregar ao doente a terapêutica prescrita para domicílio (se indicado) e efetuar respetivos ensinamentos sobre indicação terapêutica e forma de administração;
- f) Alertar o doente para o facto de poderem surgir reações tardias ao tratamento e informar que caso apresente sintomas de reação alérgica tardia deverá ser imediatamente observado por um profissional de saúde;

## V – ENSINO AO DOENTE

- a) Esclarecer sobre o procedimento de dessensibilização oncológica antes de iniciar o tratamento, assegurando o acompanhamento de todo o procedimento, de modo a tranquilizar o doente e a família;
- b) Educar o doente sobre quais os sintomas que podem indiciar uma reação;
- c) Instruir o doente para reportar de imediato ao enfermeiro o aparecimento de qualquer sintoma incomum durante o tratamento, inexistente no início da perfusão;
- d) Após a dessensibilização informar e alertar o doente para a possibilidade de ocorrerem reações tardias, de modo a reconhecer os sintomas e compreender a importância de ser observado de imediato por um profissional de saúde;
- e) Caso ainda não tenha sido entregue, fornecer ao doente o folheto informativo escrito onde constam as informações relativas ao procedimento de dessensibilização terapêutica;

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	<i>N.º Norma</i> <i>Data de</i> <i>Implementação</i>	Folha 9/10
---	------------------------------	--	---------------

- f) Relembrar os contactos telefónicos e horário de funcionamento do serviço;
- g) Mostrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e/ou receios em qualquer momento, durante ou após o tratamento:

## VI – REGISTOS DE ENFERMAGEM

- a) Efetuar registos de enfermagem concisos e completos relativos ao procedimento efetuado;
- b) Efetuar os registos dos parâmetros vitais em folha própria;
- c) Em caso de reação preencher a ficha de documentação da reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica disponível no serviço;
- d) A documentação da reação deve ser detalhada e incluir os seguintes itens:
  - Terapêutica administrada
  - Dose (indicação da solução nos protocolos com três ou mais soluções)
  - Ritmo de perfusão
  - Sintomas iniciais de reação e progressão dos mesmos
  - Modo de atuação
  - Terapêutica administrada
  - Resposta do doente
  - Momento de resolução dos sintomas
  - Se reinício da terapêutica, velocidade de perfusão e resposta do doente

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	N.º Norma Data de Implementação	Folha 10/10
---	------------------------------	---------------------------------------	----------------

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caiado, J.; Rodrigues, T.; Pedro, E.; Costa, L. & Pereira Barbosa, M. (2009). Dessensibilização a Fármacos em Oncologia: Experiência de um Serviço de Imunoalergologia. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 17(1), 57-74. Acedido a 28.02.2017. Disponível em [http://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/dessensibilizacao-a-farmacos-em-oncologia:-experiencia-de-um-servico-de-imunoalergologia.pdf](http://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/dessensibilizacao-a-farmacos-em-oncologia:-experiencia-de-um-servico-de-imunoalergologia.pdf).
- Caiado, J. (2016). Hipersensibilidade a fármacos – Tratar, documentar, dessensibilizar. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 24(2), 111-114. Disponível em [http://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/hipersensibilidade-a-farmacos-%E2%80%93-93-tratar-documentar-e-dessensibilizar.pdf](http://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/hipersensibilidade-a-farmacos-%E2%80%93-93-tratar-documentar-e-dessensibilizar.pdf). Acedido a 28.02.2017.
- Demoly, P.; Adkinson, N. F.; Brockow, K.; Castells, M.; Chiriac, A. M.; Greenberger, P.A.; Khan, D. A.; Lang, D. M.; Park, H.-S.; Pichler, W.; Sanchez-Borges, M.; Shiohara, T.; Yu-Hor Thong, B. (2014). International consensus on drug allergy. *Allergy – European Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 69. 420-437. DOI: 10.1111/all.12350.
- Jakel, P.; Carsten, C.; Braskett, M. & Carino, A. (2016a). Nursing Care of Patients Undergoing Chemotherapy Desensitization: Part I. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 20(1), 29-32. DOI: 10.1188/16.CJON.29-32.
- Jakel, P.; Carsten, C.; Carino, A. & Braskett, M. (2016b). Nursing Care of Patients Undergoing Chemotherapy Desensitization: Part II. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 20(2), 137-139. DOI: 10.1188/16.CJON.137-139.
- Mezzano, V.; Giavina-Bianchi, P.; Picard, M.; Caiado, J. & Castells, M. (2014). Drug desensitization in the management of hypersensitivity reactions to monoclonal antibodies and chemotherapy. *BioDrugs*. 28. 133-144. DOI: 10.1007/s40259-013-0066-x.
- Sloane, D.; Govindarajulu, U.; Harrow-Mortelliti, J.; Barry, W.; Ida Hsu, F.; Hong, D.; Laidlaw, T;... Castells, M. (2016). Safety, costs, and efficacy of rapid drug desensitizations to chemotherapy and monoclonal antibodies. [American Academy of Allergy, Asthma & Immunology]. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 1-8. DOI: 10.1016/j.jaip.2015.12.019
- Vogel, W. H. (2010). Infusion reactions: Diagnosis, assessment and management. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14(2). 10-21. DOI: 10.1188/10.CJON.E10-E21.

## **ANEXOS**



<b>SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS</b> <b>MONITORIZAÇÃO</b> <b>Notificação</b>	
Data: ____ / ____ / ____	Serviço: _____
Data e hora da declaração	Data/hora/local do acontecimento
Data ____ / ____ / ____ Hora _____	Data ____ / ____ / ____ Hora _____ Local _____
<b>QUAL FOI A OCORRÊNCIA (Seleccionar a situação mais adequada)</b>	
<b>Procedimentos de diagnóstico e terapêutica</b> Atraso no processo ..... <input type="checkbox"/> Atraso no transporte de produtos biológicos ..... <input type="checkbox"/> Extravio ou danificação de produtos biológicos ..... <input type="checkbox"/> Erro na avaliação da situação clínica do doente ..... <input type="checkbox"/> Esquecimento de realização de teste/ exame / preparação ..... <input type="checkbox"/> Erro na transmissão da informação médica ..... <input type="checkbox"/> Erro na identificação do doente ..... <input type="checkbox"/> Etiquetagem incorrecta ..... <input type="checkbox"/> Erro de administração (produto/dosagem/frequência/via) ..... <input type="checkbox"/> Não cumprimento de um protocolo de cuidados ..... <input type="checkbox"/> Erro de interpretação/execução (dosagem /exame /procedimento) ..... <input type="checkbox"/> Efeitos secundários e alergias (exame/produto) ..... <input type="checkbox"/> Consequência imprevista de um procedimento invasivo ..... <input type="checkbox"/> Complicações imprevistas pós-tratamento médico/cirúrgico ..... <input type="checkbox"/> Complicação de uma perfusão ..... <input type="checkbox"/> Ostrução de um cateter ..... <input type="checkbox"/> Incidente ou acidente de transfusão ..... <input type="checkbox"/> Não preenchimento de registo de Hemovigilância ..... <input type="checkbox"/> Anulação de intervenção cirúrgica ..... <input type="checkbox"/> Complicações anestésicas ..... <input type="checkbox"/> Complicações de intubação/extubação ..... <input type="checkbox"/> Readmissão imprevista após alta ou consulta ..... <input type="checkbox"/> Outros _____	<b>Relação/comunicação com o doente</b> Falta de informação ..... <input type="checkbox"/> Violação do dever de sigilo ..... <input type="checkbox"/> Recusa de tratamento ..... <input type="checkbox"/> Agressão/violência verbal ou física ..... <input type="checkbox"/> Alta contra parecer médico ..... <input type="checkbox"/> Existência de barreiras linguísticas/Comunicação ..... <input type="checkbox"/> Outros _____ <b>Dispositivos médicos/ materiais/equipamento</b> Avaria de equipamento/material ..... <input type="checkbox"/> Incumprimento de manutenção de equipamentos ..... <input type="checkbox"/> Equipamento em falta/indisponível ..... <input type="checkbox"/> Falha no aprovisionamento (material clínico, hoteleiro, peças e acessórios) ..... <input type="checkbox"/> Falha no fornecimento de roupa ..... <input type="checkbox"/> Utilização de material/produto fora de validade ..... <input type="checkbox"/> Acondicionamento deficiente de produtos ..... <input type="checkbox"/> Erro na triagem/acondicionamento (transporte dos resíduos) ..... <input type="checkbox"/> Falhas do sistema informático ..... <input type="checkbox"/> Outros _____ <b>Danos em materiais</b> Desaparecimento de valores/objectos pessoais/materiais /equipamentos ..... <input type="checkbox"/> Destruição de materiais /objectos pessoais /equipamentos ..... <input type="checkbox"/> Equipamentos inadequados ..... <input type="checkbox"/> Outros _____ <b>Riscos infecciosos</b> Infecção associada aos cuidados de Saúde ..... <input type="checkbox"/> Não declaração de doença infecto-contagiosa ..... <input type="checkbox"/> Infecção provável em cateter ..... <input type="checkbox"/> Infecção de origem alimentar ou tóxica ..... <input type="checkbox"/> Derramamento/projecção de produtos biológicos/cáusticos ..... <input type="checkbox"/> Outros _____ <b>Processo Clínico</b> Formulário de pedido de exame incompleto/inexistente ..... <input type="checkbox"/> Procedimento de prescrição não conforme ..... <input type="checkbox"/> Desaparecimento de documentação ..... <input type="checkbox"/> Consentimento informado não assinado/preenchido ..... <input type="checkbox"/> Outros _____
<b>Diversos</b> Tentativa de suicídio/suicídio ..... <input type="checkbox"/> Fuga ..... <input type="checkbox"/> Tentativa de rapto/rapto ..... <input type="checkbox"/> Corte ..... <input type="checkbox"/> Inundação ..... <input type="checkbox"/> Picada ..... <input type="checkbox"/> Incêndio ..... <input type="checkbox"/> Queda ..... <input type="checkbox"/> Queimadura ..... <input type="checkbox"/> Explosão ..... <input type="checkbox"/> Outros _____	

VFF

SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS  
MONITORIZAÇÃO  
Notificação

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_

Serviço: \_\_\_\_\_


Descrição sumária da ocorrência

Consequência do evento adverso

Atitude tomada

## **APÊNDICE XXV**

Proposta de norma de procedimento com o algoritmo de atuação na RHTA imediata  
realizado no Estágio IV

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	<i>N.º Norma</i> <i>Data de Implementação</i>	Folha 1/7
<b>ASSUNTO:</b>  <b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA REAÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE À TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA IMEDIATA</b>		<b>ELABORADA POR:</b> Enfermeira Inês Claro	<b>REVISTO POR:</b> <i>Nome do revisor</i>  Janeiro de 2018
		<b>APROVADO POR:</b>  <i>Em fase de aprovação</i>	
<b>DIVULGAÇÃO:</b> Manual Hospitalar Manual de Enfermagem – Hospital de Dia de Oncologia		<b>A REVER EM:</b>  <i>Data da próxima revisão</i>	
<b>ENTRADA EM VIGOR:</b> <i>Data da entrada em vigor</i>			
<b>PALAVRAS-CHAVE</b> Hipersensibilidade; Terapêutica Antineoplásica; Doente Oncológico; Enfermagem Oncológica			

## I – OBJETIVOS

### Objetivo Geral

- Sistematizar as intervenções de enfermagem na gestão da reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica (RHTA) imediata.

### Objetivos Específicos

- Orientar o enfermeiro/a na prestação de cuidados à pessoa com RHTA imediata;
- Uniformizar os cuidados de enfermagem na abordagem à pessoa com RHTA imediata;

## II – DESTINATÁRIOS

Enfermeiros

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	<i>N.º Norma</i> <i>Data de Implementação</i>	Folha 2/7
---	------------------------------	--	--------------

### III – ENQUADRAMENTO

A reações de hipersensibilidade (RHS) são reações adversas inesperadas, caracterizadas por sinais e/ou sintomas objetivamente reprodutíveis, iniciados pela exposição a um determinado estímulo, neste caso um fármaco antineoplásico, numa dose que é geralmente bem tolerada (Johansson et al., 2004; Demoly et al., 2014). Estas reações subdividem-se em alérgicas ou não-alérgica, dependendo do mecanismo imunológico subjacente, no entanto, este diagnóstico diferencial é dificultado por manifestarem uma sintomatologia semelhante (Demoly et al., 2014). Estas reações variam tendo em conta o período de instalação e a sintomatologia apresentada, pelo que o seu tratamento irá depender da gravidade e do momento em que é detetada (Caiado, 2016). São consideradas RHS imediatas as que ocorrem durante ou na primeira hora após a administração do fármaco e reações não-imediatas/tardias as que ocorrem após a primeira hora, frequentemente mais de seis horas ou até dias após administração do fármaco (Johansson et al., 2004; Demoly et al., 2014). As RHS imediatas são geralmente mediadas por IgE e manifestam-se por urticária, angioedema, rinite, conjuntivite, broncospasmo, sintomas gastrintestinais ou anafilaxia. As RHS não-imediatas são geralmente associadas a um mecanismo de alergia tardio dependente de linfócitos T e manifestam-se principalmente por exantema maculopapular e urticária/angioedema retardados. Esta distinção permite estabelecer o diagnóstico e a gestão destas reações (Regateiro & Faria, 2016). Os agentes antineoplásicos mais suscetíveis de causar RHS são sais de platina, taxanos e anticorpos monoclonais (Demoly et al., 2014). Enquanto a quimioterapia induz mais frequentemente RHS alérgicas, os taxanos e os anticorpos monoclonais induzem RHS não-alérgicas (Vogel, 2010).

As RHS representam um desafio constante para os enfermeiros que administram terapêutica antineoplásica (Wilkes, 2008). A complexidade inerente à administração destes fármacos, associada ao risco elevado de efeitos adversos, exige a uniformização dos cuidados nos locais onde são administrados (Jacobson et al., 2009), o que justifica a elaboração desta norma de procedimento de enfermagem.



	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	<i>N.º Norma</i> <i>Data de Implementação</i>	Folha 3/7
---	------------------------------	--	--------------

#### IV – ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO

- ❖ Em caso de suspeita de RHTA, o enfermeiro inicia de imediato o algoritmo de atuação desenvolvido pela equipa multidisciplinar do Hospital de Dia de Oncologia em colaboração com a equipa clínica de imunoalergologia (Figura 1);
  - O algoritmo permite ao enfermeiro atuar de imediato na gestão de sintomas emergentes até à chegada do médico;
  - Após a chegada do médico o enfermeiro passa a atuar de acordo com a sua indicação;
  - O algoritmo de atuação deve ser conhecido pelos enfermeiros e estar visivelmente exposto na sala de tratamentos;
  - Utilizar o *kit* de emergência para RHTA, onde se encontra o material necessário para atuar de imediato na gestão da reação e estabilização do doente e, se necessário utilizar o Carro de Urgência disponível no serviço (ambos devem ser repostos no fim dos procedimentos);
- ❖ Após estabilização do doente, avaliar os parâmetros vitais a cada 15 minutos, até que os sintomas sejam resolvidos;
- ❖ Após estabilização do doente prestar cuidados de suporte e monitorizar durante algumas horas para assegurar que a sintomatologia reverteu por completo;
- ❖ O tempo de vigilância depende do grau da reação e deve ser indicado pelo médico, tendo em conta a reação e as características individuais do doente;
- ❖ Dependendo do tipo de reação e se resolução completa de sintomas após administração de medicação, a perfusão pode ser retomada cuidadosamente, num ritmo mais reduzido, geralmente a metade do ritmo de perfusão inicial e titulada de acordo com a tolerância. Esta indicação é sempre dada pelo médico;
- ❖ Se reação severa, o tratamento deve ser interrompido mesmo em caso de resolução completa de sintomas;

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	<i>N.º Norma</i> <i>Data de</i> <i>Implementação</i>	Folha 4/7
---	------------------------------	--	--------------

- ❖ Se não resolução de sintomas, o médico deverá decidir a transferência do doente para uma unidade diferenciada e o enfermeiro prepara a sua transferência.

## V – ENSINO AO DOENTE

- ❖ Intervir no âmbito do *distress* psicológico do doente e família, de modo a aliviar os sintomas de medo e de incerteza que surgem frequentemente durante e após a reação;
- ❖ Entregar folheto informativo sobre as RHS ao doente e/ou família e esclarecer sobre o acontecimento e a importância de vigiar sinais/sintomas de reação tardia;
- ❖ Se o doente for transferido para outra unidade, contactar a família para informar sobre o acontecimento.

## VI – REGISTOS

- ❖ Documentar detalhadamente a reação em notas de enfermagem descritivas ou utilizando a ficha de documentação criada para o efeito:
  - Avaliação pré-infusional: co-morbididades e medicação concomitante (nomeadamente  $\beta$ -bloqueadores e IECA), fármacos administrados antes da reação e relação temporal entre eles, doses e número de ciclos anteriores;
  - Fármaco que provocou a reação;
  - Ritmo de perfusão e volume infundido (dose administrada);
  - Pré-medicação administrada;

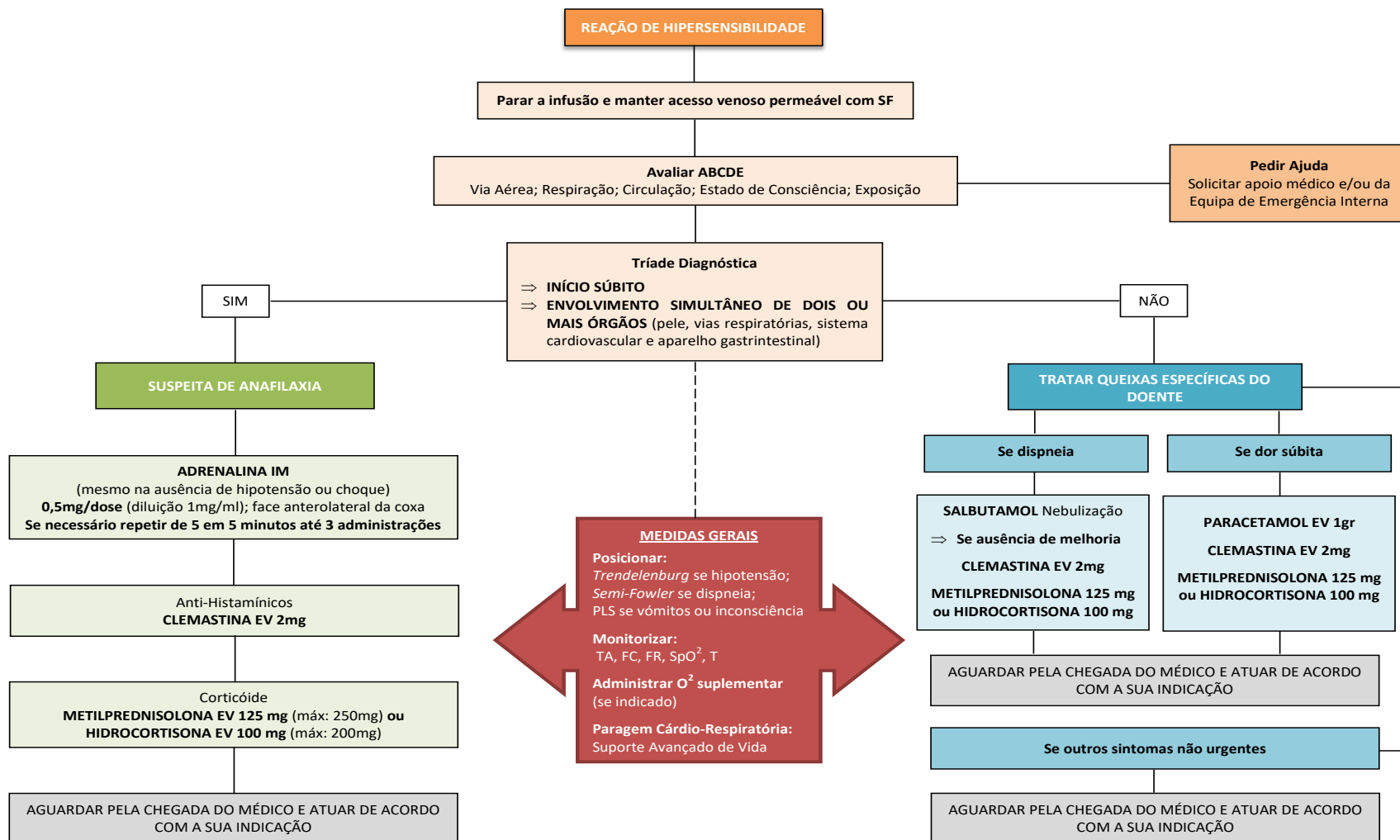
	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	<i>N.º Norma</i> <i>Data de Implementação</i>	Folha 5/7
---	------------------------------	--	--------------

- Discriminação da reação com registo dos sinais/sintomas, parâmetros vitais, exame objetivo e *timing* do início dos sinais/sintomas;
- Registo do tratamento instituído e resposta do mesmo;
- Momento de resolução dos sintomas;
- Em caso de reintrodução do fármaco, registo do ritmo de perfusão, volume infundido e tolerância;
- Seguimento do doente e/ou outras indicações clínicas;
- ❖ Reportar o evento de acordo com a política da organização, preenchendo o impresso instituído denominado “Sistema de Notificação de Eventos Adversos – Monitorização e Notificação”.

## VII – REFERENCIAÇÃO

- ❖ Em caso de RHTA informar o médico oncologista do doente que deverá proceder ao encaminhamento para a Consulta de Imunoalergologia Oncológica conforme indicado na norma de procedimento “*Articulação entre o Hospital de Dia de Oncologia e a Consulta de Imunoalergologia-Oncologia*”.





Abreviaturas:

EV – Endovenoso; FC – Frequência Cardíaca; FR – Frequência Respiratória; IM – Intramuscular; SF – Soro Fisiológico; SpO<sup>2</sup> – Saturação Periférica de Oxigénio; PLS – Posição Lateral de Segurança; PO – Per os; T – Temperatura; TA – Tensão Arterial;

**Figura 1 – Algoritmo de atuação na reação de hipersensibilidade imediata**

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	<i>N.º Norma</i> <i>Data de Implementação</i>	Folha 7/7
---	------------------------------	--	--------------

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caiado, J. (2016). Hipersensibilidade a fármacos – Tratar, documentar, dessensibilizar. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 24(2). 111-114. Disponível em [http://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/hipersensibilidade-a-farmacos-%E2%80%93-93-tratar-documentar-e-dessensibilizar.pdf](http://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/hipersensibilidade-a-farmacos-%E2%80%93-93-tratar-documentar-e-dessensibilizar.pdf). Acedido a 28.02.2017.
- Demoly, P.; Adkinson, N. F.; Brockow, K.; Castells, M.; Chiriac, A. M.; Greenberger, P.A.; Khan, D. A.; Lang, D. M.; Park, H.-S.; Pichler, W.; Sanchez-Borges, M.; Shiohara, T.; Yu-Hor Thong, B. (2014). International consensus on drug allergy. *Allergy – European Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 69. 420-437. DOI: 10.1111/all.12350.
- Jacobson, J. O.; Polovich, M.; McNiff, K.; LeFebvre, K.; Cummings, C.; Galioto, M.; Bonelli, K. & McCorkle, M. R. (2009). American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards. *Oncology Nursing Forum*. 36(6). 651-658. DOI: 10.1188/09.ONF.651-658.
- Johansson, S. G. O.; Bieber, T.; Dahl, R.; Friedmann, P. S.; Lanier, B. Q.; Lockey, R. F.; Motala, C.; ... Williams, H. C. (2004). Revised nomenclature for allergy for global use: Report for the nomenclature review committee of the World Allergy Organization, October 2003. *American Academy of Allergy, Asthma and Immunology*. 113(5). 831-836. DOI: 10.1016/j.jaci.2003.12.591.
- Regateiro, F. & Faria, E. (2016). Mecanismos imunopatológicos das reações de hipersensibilidade a fármacos. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 24(2). 63-78. Disponível em [http://www.scielo.mec.pt/pdf/imu/v24n2/24n2\\_a02.pdf](http://www.scielo.mec.pt/pdf/imu/v24n2/24n2_a02.pdf). Acedido a 17.04.2017.
- Vogel, W. H. (2010). Infusion reactions: Diagnosis, assessment and management. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14(2). 10-21. DOI: 10.1188/10.CJON.E10-E21.
- Wilkes, G. (2008). Managing drug infusion reactions: Focus on cetuximab monoclonal antibody therapy. *Cinical Journal of Oncology Nursing*. 12(3). 530-532. DOI: 10.1188/08.CJON.530-532

## **APÊNDICE XXVI**

Póster com algoritmo de atuação realizado no Estágio IV

# REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE À TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA IMEDIATAS

## COMO ATUAR?

Hospital de Dia de Oncologia - Unidade Hospitalar D

### INTRODUÇÃO

As reações de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica fazem parte do grupo de reações adversas a fármacos que são imprevisíveis e surgem apenas em indivíduos suscetíveis, caracterizando-se por sinais/sintomas objetivamente reproduzíveis, iniciados pela exposição a um determinado estímulo, numa dose geralmente bem tolerada. Podem ser consideradas reações alérgicas ou não-alérgica, mediante a presença ou ausência de um mecanismo imunológico, respetivamente. Este diagnóstico diferencial pode ser difícil, uma vez que as manifestações clínicas podem ser semelhantes. A maioria dos fármacos antineoplásicos podem causar reações de hipersensibilidade, sobretudo os sais de platina, taxanos, asparaginases e anticorpos monoclonais. O enfermeiro desempenha um papel fundamental na abordagem destas reações e deve ser capaz de reconhecer, gerir e prevenir estes eventos adversos.

### ALGORITMO DE ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM

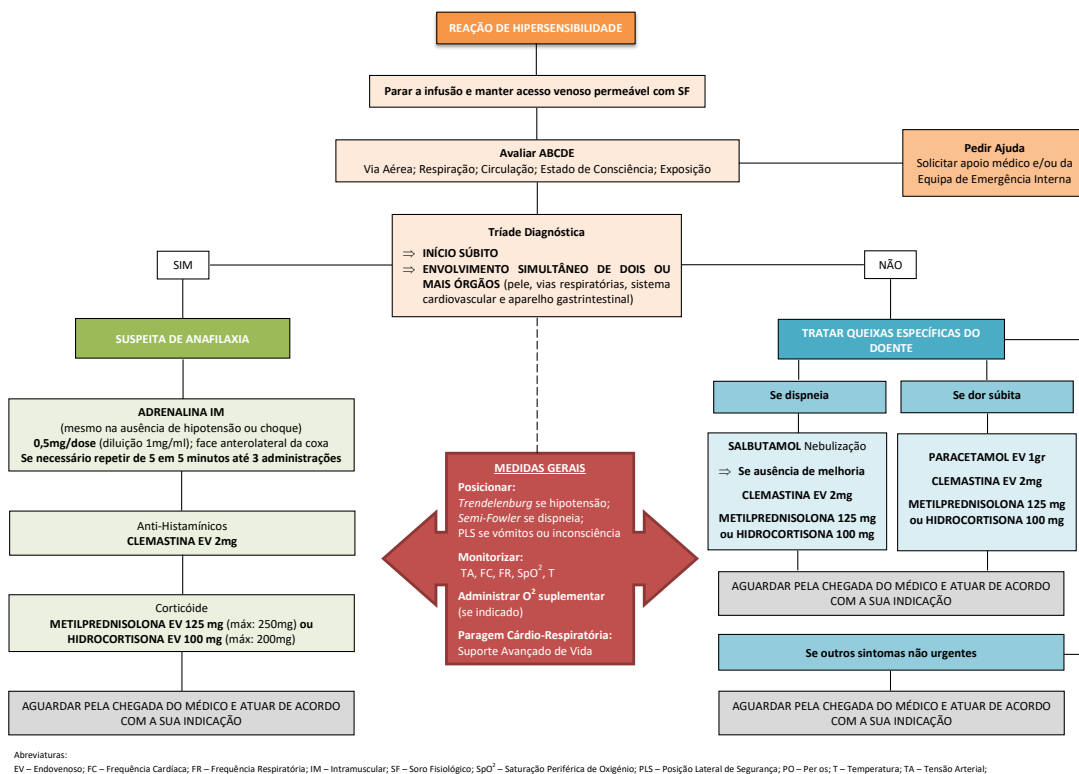


Figura 1 - Algoritmo de atuação na reação de hipersensibilidade imediata

### CONCLUSÃO

As reações de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica são reações adversas complexas que, se não forem diagnosticadas e tratadas com celeridade, podem evoluir para situações graves e potencialmente fatais. Devem ser identificados os factores de risco associados ao cada doente e este deve ser monitorizado continuamente durante a realização do tratamento. É fundamental que a equipa multidisciplinar esteja alerta para a ocorrência deste tipo de reações e seja capaz de intervir adequadamente na gestão e prevenção de complicações.

Elaborado por Enfermeira Inês Vicente Claro no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Demoly, P.; Adkinson, N. F.; Brockow, K.; Castells, M.; Chiriac, A. M.; Greenberger, P.A.; Khan, D. A.; Lang, D. M.; Park, H.-S.; Pichler, W.; Sanchez-Borges, M.; Shiohara, T.; Yu-Hor Thong, B. (2014). International consensus on drug allergy. *Allergy – European Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 69, 420-437. DOI: 10.1111/all.12350.
- Jacobson, J. O.; Polovich, M.; McNiff, K.; LeFebvre, K.; Cummings, C.; Galioto, M.; Bonelli, K. & McCorkle, M. R. (2009). American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards. *Oncology Nursing Forum*, 36(6), 651-658. DOI: 10.1188/09.ONF.651-658.
- Vogel, W. H. (2014). Hypersensitivity reactions to antineoplastic drugs. Capítulo 7. In Yarbro, C. H.; Wujcik, D. & Gobel, B. H. *Symptom Management* (4ª ed.) (pp. 115-130) Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Roselló, S.; Blasco, I.; García Fabregat, L.; Cervantes, A. & Jordan, K. (2017). Management of infusion reactions to systemic anticancer therapy: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*, 28(4), 100-118. DOI: 10.1093/annonc/mdx216.

## **APÊNDICE XXVII**

Instrumento de registo da RHTA realizado no Estágio IV

**Hospital de Dia de Oncologia – Unidade Hospitalar D**

**FICHA DE DOCUMENTAÇÃO DA REAÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE À  
TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA**

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

<b>Protocolo Normal</b>		<b>Prova Provocação</b>		<b>Dessensibilização</b>	
-------------------------	--	-------------------------	--	--------------------------	--

AVALIAÇÃO PRÉ-INUSIONAL	Diagnóstico					
	Intenção Terapêutica	Neoadjuvante	Adjuvante	Concomitante	Paliativa	
	Protocolo Terapêutico					
	Nº de Ciclo/Dia					
	Fármaco que provocou a reação					
	Exposição anterior a fármacos da mesma classe	Sim	Não	Qual?		
	Antecedentes patológicos					
	História de alergias					
	Medicação habitual					
	Toma de pré-medicação oral	Sim	Não	Fármaco(s)/dose		
	Parâmetros vitais iniciais	TA	FC	FR	SpO <sup>2</sup>	T

DESCRICÃO DA REACÇÃO	Dose do fármaco administrado (volume infundido)					
	Ritmo de perfusão do fármaco					
	Fármacos administrados antes da reacção					
	Momento do início dos sintomas					
	Sinais vitais no início da reacção	TA	FC	FR	SPO <sup>2</sup>	T
	Sinais / sintomas iniciais					
	Descrição da evolução dos sintomas e sinais vitais					

GESTÃO DA REACÇÃO	Intervenção / Cuidados prestados e terapêutica administrada			
	Resposta do doente / Resolução de sintomas			
	Reintrodução do fármaco e ritmo de perfusão	Sim	Não	Ritmo de perfusão
	Tolerância da reintrodução do fármaco	Sim	Não	Observações

ENCAMINHAMENTO	Referenciação para a Consulta de Imunoalergologia-Oncologia	Sim	Não	Observações
	Registo no Sistema de Notificação de Eventos Adversos	Sim	Não	Data da Notificação
	Prescrição de terapêutica para domicílio	Sim	Não	Qual?
	Entrega de suporte informativo escrito ao doente	Sim	Não	Observações
	Agendamento de contacto telefónico	Sim	Não	Data

## **APÊNDICE XXVIII**

Estudo de situação realizado no Estágio IV





Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
8º Curso de Mestrado em Enfermagem e Pós-Licenciatura de Especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica

Unidade Curricular Estágio com Relatório

## **ESTUDO DE SITUAÇÃO**

# **PESSOA COM REAÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE À TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA SUBMETIDA A UM PROTOCOLO DE DESSENSIBILIZAÇÃO: IMPACTO NA QUALIDADE DOS CUIDADOS**

Inês Gonçalves Vicente Claro  
(Aluna n.º 7393)

Orientação de Professora Eunice Sá

Lisboa  
Fevereiro de 2017

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>1 – APRECIACÃO GLOBAL DA PESSOA .....</b>	<b>7</b>
<b>2 – HISTÓRIA DE DOENÇA.....</b>	<b>9</b>
<b>3 – OBSERVAÇÃO OBJETIVA.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 – Necessidades Humanas Básicas Alteradas .....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 – Avaliação Cognitiva e Emocional.....</b>	<b>16</b>
<b>4 – ANÁLISE DA ABORDAGEM DA REAÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE À TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA .....</b>	<b>18</b>
<b>4.1 – Intervenções de enfermagem no âmbito da prevenção .....</b>	<b>21</b>
<b>4.2 – Intervenções de enfermagem no âmbito do diagnóstico.....</b>	<b>23</b>
<b>4.3 – Intervenções de enfermagem no âmbito da gestão.....</b>	<b>25</b>
<b>4.4 – Intervenções de enfermagem no âmbito da educação.....</b>	<b>27</b>
<b>5 – IMPACTO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA QUALIDADE DOS CUIDADOS .....</b>	<b>29</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>35</b>

## ANEXOS

ANEXO I – Exemplo de protocolo de dessensibilização à oxaliplatina com três soluções (adaptado de Castells et al., 2008)

ANEXO II – Exemplo de protocolo de dessensibilização à oxaliplatina com uma solução (adaptado de Vidal et al., 2016)

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Apreciação global da pessoa .....	7
Tabela 2 – Síntese da intervenção de enfermagem no âmbito da prevenção .....	23
Tabela 3 – Síntese da intervenção de enfermagem no âmbito do diagnóstico .....	24
Tabela 4 – Síntese da intervenção de enfermagem no âmbito da gestão .....	27
Tabela 5 – Síntese da intervenção de enfermagem no âmbito da educação.....	28

## ABREVIATURAS E SIGLAS

CCP – Cuidado Centrado na Pessoa

EV – Endovenoso

HDO – Hospital de Dia de Oncologia

l/min – Litros por minuto

ml – Mililitros

NHB – Necessidade Humana Básica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Proteína C Reativa

PET – *Positron Emission Tomography* / Tomografia por Emissão de Positrões

RHS – Reação de hipersensibilidade

RHTA – Reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica

SC – Subcutâneo

SpO<sub>2</sub> – Saturação periférica de oxigénio

TC – Tomografia Computorizada

°C – Graus *Celsius*

## INTRODUÇÃO

A doença oncológica é um grave problema de saúde pública com elevados custos associados, não apenas económicos e sociais, mas sobretudo individuais, afetando todas as dimensões da vivência da pessoa (Pimentel, 2006). Os eventos adversos associados ao tratamento do cancro contribuem fortemente para este impacto negativo da doença e são cada vez mais frequentes, com uma incidência de cerca de 5% em doentes adultos tratados em ambulatório (Bonamichi-Santos & Castells, 2016). As reações de hipersensibilidade (RHS) “são reações adversas medicamentosas imprevisíveis que ocorrem com doses habitualmente bem toleradas pela maioria dos indivíduos” (Palma-Carlos et al., 2007, p.486). As reações de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica (RHTA) são relativamente comuns e levam frequentemente à suspensão da terapêutica, com repercussões negativas no prognóstico do doente (Caiado, Rodrigues, Pedro, Costa & Pereira Barbosa, 2009). Caso não existam alternativas terapêuticas válidas e eficazes, os protocolos de dessensibilização revelam-se extremamente importantes para os doentes oncológicos, uma vez que permitem a aquisição temporária de tolerância ao fármaco que provocou a RHS, permitindo a manutenção da terapêutica antineoplásica de primeira linha (Caiado et al., 2009; Caiado, 2016). Com coordenação interdisciplinar e adequada preparação e supervisão da equipa de enfermagem, este procedimento pode ser realizado de forma segura (Jakel, Carsten, Carino & Braskett, 2016).

Este estudo de situação surge no âmbito da implementação do projeto de intervenção no local de Estágio IV e foi desenvolvido com o intuito de mobilizar e operacionalizar os conteúdos teóricos e práticos adquiridos, numa ótica de aprendizagem a partir de um contexto real, através do contacto direto com os doentes e familiares, mas também da colaboração com os pares e restante equipa multidisciplinar. Pretende-se que este seja mais um contributo para o desenvolvimento de competências ao nível da análise e reflexão do ponto de vista crítico relativamente aos cuidados de enfermagem prestados na área de intervenção relacionada com as RHTA, favorecendo a articulação do pensamento crítico com o conhecimento e a evidência científica, bem como as aprendizagens evidenciadas ao longo deste percurso. Assim, a elaboração do presente estudo de situação tem com principais finalidades, analisar os cuidados prestados ao doente com RHTA, analisar

os cuidados prestados ao doente que realiza uma dessensibilização à terapêutica antineoplásica, analisar a articulação entre a equipa multidisciplinar na gestão da RHTA, refletir sobre os cuidados de enfermagem prestados ao doente com RHTA, avaliar o impacto que a RHTA teve na vida do doente/família e refletir sobre o impacto de uma abordagem adequada das RHTA na qualidade dos cuidados.

Para a realização deste estudo de situação foi selecionado um doente oncológico submetido a terapêutica antineoplásica endovenosa (EV) em contexto de Hospital de Dia de Oncologia (HDO), a quem foram prestados cuidados durante a realização do Estágio IV na Unidade Hospitalar D. A pessoa que protagoniza o estudo de situação foi escolhida pelo desafio que representa para a equipa de enfermagem daquele serviço, dada a sua história de doença e de RHS ocorridas durante os tratamentos. Este é um estudo retrospectivo, que analisa os diversos aspetos relacionados com a RHTA durante o todo processo de doença do doente e não apenas o decorrido durante o estágio, uma vez que aqui o tempo de contacto com o doente foi bastante curto, devido ao agravamento súbito da sua situação clínica. Esta é uma das limitações deste estudo, pois este súbito agravamento não permitiu a realização de uma entrevista ao doente e uma colheita de dados pessoais completa, de acordo com o inicialmente previsto. No entanto, de forma a garantir a utilização de informação completa e com utilidade para esta análise de situação foram utilizados diversos recursos, nomeadamente o acompanhamento e a prestação de cuidados diretos à pessoa e ao seu cuidador principal (considerando não apenas o período de estágio, mas também os vários anos de contacto com o doente), a análise do seu processo clínico e o contacto direto com a equipa multidisciplinar. Foi pedido informal e verbalmente ao doente e à sua esposa o consentimento para a realização deste estudo. De modo a garantir o anonimato da pessoa e a confidencialidade dos seus dados foi-lhe atribuído um nome fictício. Não foram utilizados os documentos desenvolvidos durante a implementação do projeto, uma vez que estes não se encontravam devidamente desenvolvidos.

De forma a melhor conhecer esta história de vida marcada pela doença oncológica e pelos eventos adversos à terapêutica, optou-se por dividir este estudo de situação em cinco partes, onde constam a apreciação global da pessoa, a sua história de doença, a observação objectiva, a análise da abordagem da RHTA e, finalmente, o impacto da intervenção de enfermagem na qualidade dos cuidados.

## 1 – APRECIÇÃO GLOBAL DA PESSOA

Para a realização da apreciação global do doente foi consultado o documento de colheita de dados utilizado na consulta de enfermagem de acolhimento em vigor no serviço, o processo clínico do doente e o acompanhamento e prestação de cuidados ao doente. Como descrito anteriormente, não foi possível realizar uma entrevista ao doente aquando da prestação de cuidados durante o Estágio IV, justificada pelo agravamento súbito da situação clínica do doente, pelo que algumas informações podem estar omissas, sobretudo no que respeita à caracterização familiar, social e ao padrão de vida do quotidiano.

Tabela 1 - Apreciação global da pessoa

INFORMAÇÕES GERAIS	
Especialidade	Oncologia
Diagnóstico	Neoplasia do cólon sigmoide
Médico assistente	C. M.
DADOS DEMOGRÁFICOS	
Nome pelo qual gosta de ser tratado	“Rui” (nome fictício)
Género	Masculino
Idade	74 Anos
Data de nascimento	04/06/1943
Nacionalidade	Portuguesa
Naturalidade	Elvas
Local de residência	Espiche (Lagos)
Estado Civil	Casado
Profissão / Situação profissional	Reformado (Construção Civil)
Habilitações literárias	4ª Classe
Religião	Católico
Sistema de saúde	Sistema Nacional de Saúde
Telefone	9** *** **
Pessoa a contactar	Esposa – 9** *** **

## ANTECEDENTES PESSOAIS

<b>Antecedentes clínicos</b>	Sem patologia
<b>Antecedentes familiares</b>	Irrelevantes
<b>Antecedentes cirúrgicos</b>	Hemicolectomia esquerda laparoscópica (2010); Laparotomia exploradora com realização de colostomia temporária (2013)
<b>Alergias</b>	Desconhece
<b>Médico de família</b>	Sim (Centro de Saúde de Lagos)
<b>Hábitos / Dependências</b>	Ex-fumador há 4 anos (40 cigarros/dia) Nega hábitos alcoólicos

## CARACTERIZAÇÃO SOCIOFAMILIAR

<b>Agregado familiar</b>	Vive com a esposa
<b>Cuidador principal</b>	Esposa
<b>Outros familiares ou convenientes significativos</b>	Sem filhos Tem o apoio de uma amiga/vizinha
<b>Suporte social</b>	Não
<b>Estruturas de apoio da comunidade</b>	Não
<b>Rede social informal</b>	Tem apoio de uma amiga/vizinha que acompanha o casal nas deslocções ao serviço de saúde, sobretudo atualmente, devido ao agravamento da sua situação de doença
<b>Tipo de residência</b>	Residência própria com condições de habitabilidade, segundo a esposa



## 2 – HISTÓRIA DE DOENÇA

“Rui” começou a ser seguido no HDO em Janeiro de 2011 por neoplasia do cólon sigmoide (pT3pNxM0). Após quadro de retorragias com 3 meses de evolução, realizou uma colonoscopia que revelou uma neoplasia infiltrante a nível do sigmoide e cuja biopsia confirmou um adenocarcinoma (Outubro de 2010). Foi submetido a uma sigmoidectomia por via laparoscópica (Dezembro de 2010).

Foi enviado para consulta de oncologia médica onde, após avaliação da situação clínica e exame objetivo, lhe foi proposto a realização de tratamento de quimioterapia adjuvante com protocolo de Capox (oxaliplatina e capecitabina). Após explicados efeitos secundários associados ao tratamento, quer em consulta médica, quer em consulta de enfermagem, “Rui” aceita a realização do tratamento e assina consentimento informado livre e esclarecido. Foram administrados oito ciclos de Capox (19.01.2011 a 18.07.2011), sem intercorrências e com boa tolerância. Manteve a vigilância médica e controlo analítico regular a cada 3 meses, bem como vigilância imagiológica.

Em Setembro de 2013, uma Tomografia Computorizada (TC) abdomino-pélvica revela uma estenose a nível da anastomose e o doente é submetido a uma laparotomia exploradora urgente por oclusão intestinal não especificada, ficando com uma colostomia temporária. Foi mantida a vigilância clínica e analítica novamente a cada 3 meses e em Julho de 2014 foi pedido novo controlo imagiológico e colonoscopia, no sentido de ser programada o restabelecimento do trânsito intestinal. Nesta data, uma TC torácica e abdomino-pélvica revela um aumento significativo de um nódulo pulmonar, muito sugestivo de metástase mas não podendo excluir lesão primária, sem outros focos sugestivos de recidiva local ou metastização. Por este motivo é encaminhado para a consulta de cirurgia cardiorácica de um hospital central em Lisboa. Nessa altura, “Rui” encontra-se sem queixas, com trânsito intestinal mantido e boa condição geral.

Após consulta de especialidade verifica-se que não tem indicação para ressecção das lesões pulmonares que foram confirmadas por Tomografia por Emissão de Positrões (PET). No exame foram identificados três focos lesionais no parênquima pulmonar, que dada a multiplicidade e o antecedente clínico de neoplasia do cólon eram clinicamente sugestivos de etiologia neoplásica,

permanecendo a incerteza entre uma eventual metastização pulmonar ou tumor primário do pulmão. Sem indicação cirúrgica, foi proposto reiniciar tratamento de quimioterapia com protocolo de Folfiri (Irinotecano, Folinato de Cálcio e 5Fluoracilo). Dada a tipologia de tratamento foi necessário proceder à colocação de cateter venoso central totalmente implantado na veia subclávia (Novembro de 2014).

Inicia Folfiri em Novembro de 2014, tendo cumprido 7 ciclos sem intercorrências e sem sinais de toxicidade, à exceção de ligeira mucosite no último ciclo, que reverteu após terapêutica. Uma TC torácica e abdomino-pélvica realizada em Abril de 2015 revelam progressão da doença a nível pulmonar. Ao 12º ciclo de Folfiri inicia associação com Bevacizumab. Mantém tratamentos quinzenalmente conforme protocolado e sem intercorrências, cumprindo um total de 16 ciclos. Em Setembro de 2015, refere quadro de odinofagia, tosse seca e rouquidão com algumas semanas de evolução. Após medicado com antibioterapia e anti-inflamatórios, é observado no mês seguinte em consulta de otorrinolaringologia, onde é identificada a parésia de uma das cordas vocais, provavelmente secundária à compressão do nervo laríngeo pelas metástases pulmonares. A TC torácica e abdomino-pélvica que realiza em Outubro de 2015 revelam uma progressão da doença a nível pulmonar (linfangite carcinomatosa). Perante a progressão a nível pulmonar é decido alterar o esquema terapêutico para Folfox B (Oxaliplatina, Folinato de Cálcio, 5-Fluoracilo e Bevacizumab), cumprindo um total de 12 ciclos (20.10.2015 a 11.05.2015).

Em Janeiro de 2016 realiza uma TC torácica e abdomino-pélvica que revelou estabilização da doença, mas a repetição da TC em Abril de 2016 revela nova progressão. Perante este quadro, iniciou em Maio de 2016 novo esquema terapêutico com protocolo de Folfox P, com substituição do Bevacizumab por Panitumumab. Cumpriu apenas 6 ciclos de Panitumumab por não tolerância associada à toxicidade cutânea, apesar das reduções de dose. “Rui” acaba por recusar manter este tratamento, ficando com indicação de manter tratamento com Folfox. Ao 9º ciclo (08.11.2016), o doente apresenta uma RHS à oxaliplatina (tinha realizado um total de 21 ciclos de oxaliplatina). Foi encaminhado para a consulta de Imunoalergologia e foram realizados testes cutâneos que se revelaram positivos, sendo proposta a realização de dessensibilização à oxaliplatina. As intervenções relacionadas com este procedimento serão discutidas no capítulo seguinte.

Perante a boa tolerância à quimioterapia e ausência de toxicidade manteve tratamento com Folfox, mas com dessensibilização à oxaliplatina, mantendo o

acompanhamento pela imunoalergologia. Cumpriu um total de 17 ciclos de Folfex, dos quais oito foram administrados com dessensibilização à oxaliplatina, com término a 26.04.2017. Foi suspensa a quimioterapia por ter sido decidido em Consulta de Decisão Terapêutica do Grupo de Tubo Digestivo/Cólon e Reto a realização de uma broncofibroscopia para realização de biopsia e caracterização das lesões pulmonares, de acordo com o sugerido pela TC realizada em Março de 2017, que colocou a hipótese de a nível pulmonar se tratarem de lesões síncronas ao tumor do tubo digestivo conhecido, tendo em conta a localização do tumor primário do cólon, a inexistência de sinais de metastização intra-abdominal, nomeadamente hepática e as características das lesões pulmonares.

Realiza uma primeira broncofibroscopia em Maio de 2017, sem resultado diagnóstico definitivo pelo que em Julho de 2017 realiza broncofibroscopia com controlo fluoroscópico, cuja biopsia revela um carcinoma epidermoide de origem primária pulmonar em estadio IV. É enviado para a consulta de pneumologia oncológica, onde lhe é proposto a realização de tratamento de quimioterapia paliativa com Carboplatina e Gencitabina. Dada a anterior RHS à oxaliplatina é discutida a situação com a imunoalergologia que, pelo risco de reação cruzada entre sais de platina e a urgência em iniciar a terapêutica é decidido fazer protocolo de dessensibilização à carboplatina, sem recorrer a novos meios complementares de diagnóstico. O doente é informado pelo médico relativamente ao tratamento que lhe é proposto e este recusa a realização de quimioterapia, apesar de explicada a agressividade da neoplasia do pulmão e o mau prognóstico associado à sua decisão, que este compreende. Tem indicação para regressar à consulta após três meses. Nesta altura, doente encontra-se mais debilitado, com lombalgia e toracalgia, continuando a manter recusa em relação ao tratamento de quimioterapia. Foi pedida avaliação pela Consulta da Dor e é avaliado em Novembro de 2017, sendo necessárias duas consultas subsequentes para reajuste da terapêutica analgésica.

Em Dezembro de 2017 é novamente observado na consulta de pneumologia. Apresenta um acentuado agravamento, com um derrame pleural à direita, dispneia ( $SpO_2$  de 95%) e toracalgia não controlada, apesar da medicação analgésica prescrita (Palexia retard® 150mg, Fentanilo 50 mcg, Actiq® 200 mcg SOS, Adalgur® e Etorocoxib). Foi realizada toracocentese para alívio dos sintomas no dia seguinte e, devido ao agravamento, o utente aceita fazer tratamento de quimioterapia.

Foi agendado 1º ciclo de quimioterapia com Gencitabina e Carboplatina com protocolo de dessensibilização à carboplatina para 02.01.2018. Neste dia o doente encontra-se bastante ansioso face ao agravamento do seu estado geral e pela necessidade de reiniciar tratamento de quimioterapia e refere dispneia a pequenos esforços (SpO<sub>2</sub> de 94% em ar ambiente). Foi avaliada pelo pneumologista assistente e pelo imunoalergologista, que validam a realização do tratamento. Iniciou tratamento de acordo com protocolo prescrito. Administrado primeiramente Gencitabina, após pré-medicação e iniciou protocolo de dessensibilização à Carboplatina. Cerca de 12 minutos após início do protocolo de dessensibilização tem um episódio de dispneia associada a dessaturação (SpO<sub>2</sub> de 63%), sem outros sintomas. É observado pelo imunoalergologista que pela inexistência de broncospasmo, nem quaisquer sinais sugestivos de RHS, exclui reação adversa sistémica ao fármaco e a possibilidade de reação alérgica. Neste sentido, foi posteriormente observado pelo pneumologista. Foi colocado oxigénio por óculos nasais a 3 l/min, com reversão da SpO<sub>2</sub> para 94%, realizada gasimetria, análises e Rx tórax. O doente manteve o mesmo estado, apresentado diminuição da SpO<sub>2</sub>, com valores na ordem dos 70-80% com aporte adicional de oxigénio, mas sem sinais visíveis de dificuldade respiratória. Após reavaliação médica foi administrada furosemda 40mg EV e enoxaparina 60mg SC. Dado os meios complementares de diagnóstico realizados e o agravamento do estado geral, “Rui” foi internado no serviço de Especialidades Médicas ao cuidado da Pneumologia, com diagnóstico provável de tromboembolismo pulmonar. No mesmo dia realiza uma TC do tórax e uma angiografia por TC que revelam aumento do volume das lesões nodulares do parênquima pulmonar, aumento do derrame pleural direito, tromboembolismo em segmentares e subsegmentares ao pulmão direito, aumento do número e volume das adenopatias mediastínicas, aumento do número e volume das lesões secundárias no parênquima hepático, assim como o nódulo na supra-renal esquerda. No internamento inicia antibioterapia por quadro febril e PCR elevada. O doente mantém bom estado geral, apresentando algum cansaço e anorexia, com SpO<sub>2</sub> na ordem dos 95% com aporte de oxigénio de 1,5 l/min. Após nove dias de internamento (10.01.2018), o doente apresenta alguma melhoria do estado geral e é ponderada alta clínica, com reinício do tratamento de quimioterapia. No entanto, no dia seguinte, “Rui” apresenta agravamento da sua situação clínica, com controlo radiológico a evidenciar agravamento considerável do derrame pleural e análises

sanguíneas a demonstrar agravamento discreto da PCR. É realizada uma toracocentese com saída de 1800 ml de líquido sero-hemático. Dois dias depois o doente agrava consideravelmente a sua condição, apresentando perda de consciência, sem reação, pupilas mióticas, febril (38,5°C), com taquicardia, taquipneia e baixa SpO<sub>2</sub>. Foi realizada gasimetria arterial e administrada terapêutica em conformidade. A esposa foi informada do agravamento do estado geral do doente e do mau prognóstico associado. Foi mantida antibioterapia e drenagem torácica, sem resposta do doente, pelo que foi revista a terapêutica e iniciadas medidas de conforto. Utente veio a falecer após 16 dias de internamento.

### **3 – OBSERVAÇÃO OBJETIVA**

A observação objetiva permite avaliar o impacto da doença oncológica e a condição geral da pessoa, quer a nível físico, através da análise das necessidades humanas básicas que se encontram alteradas, quer a nível psicológico, cognitivo e emocional. Através desta avaliação é possível identificar as principais necessidades do doente e adaptar a atuação de enfermagem, de forma a proporcionar um cuidado adequado e individualizado.

#### **3.1 – Necessidades Humanas Básicas Alteradas**

Esta avaliação tem por base as 14 Necessidades Humanas Básicas (NHB) definidas por Virgínia Anderson.

##### **a. NHB Respirar normalmente**

Esta NHB encontrava-se inevitavelmente alterada devido ao diagnóstico de neoplasia primária do pulmão. “Rui” referiu dispneia e cansaço a médios esforços durante todo o seu processo de doença, no entanto manteve-se eupneico em ar ambiente. Refere ter notado um agravamento considerável nos três meses anteriores, com necessidade de aporte de oxigénio apenas nos últimos dias de vida.

##### **b. NHB Comer e beber adequadamente**

Durante o processo de doença foi possível verificar que esta NHB se encontrava alterada durante a realização dos tratamentos, sobretudo associado aos efeitos secundários da quimioterapia. Apresentava com alguma frequência episódios de mucosite e náuseas ligeiras na primeira semana após cada sessão, controlada com terapêutica. Com o agravamento da doença referiu uma considerável perda de apetido, sendo notória a anorexia, sobretudo no último mês de vida.

##### **c. NHB Eliminar os resíduos corporais**

A alteração desta NHB esteve na origem do diagnóstico de neoplasia do doente. Durante cerca de três anos “Rui” não referiu alteração ao nível desta NHB, com trânsito intestinal e vesical mantido e sem alterações. No entanto, devido a uma oclusão intestinal súbita foi necessário realizar uma colostomia de urgência. O

trânsito intestinal manteve-se regular. “Rui” sempre considerou que esta seria uma colostomia provisória, pelo que aceitou e conseguiu adaptar-se a esta nova situação.

**d. NHB Deslocar-se e manter uma postura desejável**

Sem alterações ao nível desta NHB, a não ser associado ao facto de a dispneia a médios esforços condicionar de certa forma a mobilidade do doente.

**e. NHB Dormir e descasar**

Sem alterações ao nível desta NHB durante o processo de doença.

**f. NHB Selecionar roupas adequadas – vestir-se e despir-se**

Esta NHB apenas se encontrou alterada durante o período em que “Rui” esteve mais dependente de terceiros, associado ao quadro de agravamento do seu estado de saúde, nas últimas semanas de vida.

**g. NHB Manter o corpo limpo e cuidado e proteger os tegumentos**

Esta NHB apenas se encontrou alterada durante o período em que “Rui” esteve mais dependente de terceiros, associado ao quadro de agravamento do seu estado de saúde, nas últimas semanas de vida.

**h. NHB Evitar os riscos do ambiente e evitar lesar os outros**

Pela toxicidade hematológica associada à terapêutica antineoplásica, o doente necessitava de ter precauções quanto ao meio ambiente, sobretudo pelos riscos relacionados com a neutropénia e trombocitopénia. Por outro lado, o facto de ser suscetível ao desenvolvimento de RHTA, encontrava-se informado sobre a necessidade de evitar a administração de fármacos da família dos sais de platina, sem o devido acompanhamento de um clínico de imunoalergologia, sob pena de desenvolver uma RHS grave, com prejuízo para a sua saúde e eventual risco de vida.

**i. NHB Manter a temperatura corporal**

Esta NHB poderia ser alterada devido à toxicidade hematológica associada à terapêutica antineoplásica. Nos últimos dias de vida o doente apresentou febre, associado a um quadro de últimos dias/horas de vida.

**j. NHB Comunicar-se com os demais, expressando emoções, necessidades, medos e opiniões**

Durante todo o seu processo de doença, “Rui” foi sempre bastante reservado e pouco comunicativo, no entanto, mantinha boa relação com a equipa de saúde e particularmente com a equipa de enfermagem. O doente manifestou constantemente alguma ansiedade face aos tratamentos antineoplásicos, sobretudo relacionado com

os efeitos secundários associados. A RHTA veio intensificar esta ansiedade, levando a que o doente ponderasse a não realização dos tratamentos.

**k. NHB Trabalhar de modo a sentir-se realizado**

O doente encontrava-se reformado, logo esta NHB não foi condicionada.

**l. NHB Praticar de acordo com a sua fé**

O doente era católico não praticante, não considerando relevante esta NHB na vivência do seu processo de doença.

**m. NHB Divertir-se ou participar em diversas formas de recreação**

O doente sempre se revelou uma pessoa recatada e introvertida, pelo que esta NHB não foi desenvolvida nem foi referida como importante para si.

**n. NHB Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos de saúde disponíveis**

O doente nunca foi proactivo no sentido de questionar ou pesquisar sobre a sua doença, confiando na equipa de saúde relativamente à prestação de cuidados.

### **3.2 – Avaliação Cognitiva e Emocional**

“Rui” manteve as suas capacidades cognitivas em todas as fases da sua doença. A nível emocional, adotou sempre uma postura defensiva e pouco comunicativa ao longo do seu processo de doença, desde o momento do diagnóstico até à fase terminal. No entanto, considera ter aceitado gradualmente a sua situação de doença, confiando na equipa de saúde todos os cuidados necessários ao seu tratamento. Aquando do agravamento da doença, coincidente com o diagnóstico do tumor primário a nível pulmonar, ficou visivelmente abalado e considerou parar os tratamentos por completo, por ter perdido a esperança relativamente ao mesmo. O mal-estar geral e dependência cada vez maior de terceiros, abalou física e emocionalmente o doente, e acima de tudo, trouxe um enorme sentimento de revolta. Esta raiva, angústia e indignação sentidas, nunca foram demonstradas nem assumidas por “Rui” perante a equipa de saúde. Era a esposa quem mantinha a proximidade com a equipa de enfermagem nesta fase e informava sobre o estado físico e psicológico do doente. Quando decidiu retomar os tratamentos, confessou sentir-se arrependido por ter recusado a quimioterapia,



justificando a sua atitude com o facto de não ter sabido lidar com um novo diagnóstico de neoplasia do pulmão.

Durante todo o seu processo de doença, foi-lhe proposto apoio psicológico/psiquiátrico, tendo aceite apenas na fase inicial de diagnóstico (2011) em que participou em quatro consultas, mas que recusou nesta fase de agravamento da sua doença apesar de várias vezes ter sido incentivado por parte da equipa de saúde.

## **4 – ANÁLISE DA ABORDAGEM DA REAÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE À TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA**

Benner (2001, p.68), na sua abordagem interpretativa dos cuidados, fundada na situação e nos conhecimentos incluídos na prática clínica, considera que “é apenas quando observamos um caso na sua globalidade que podemos apreciar a importância do contributo da enfermeira para o bem-estar do doente”. Após exposição da história clínica e das condições gerais do doente importa, neste caso, analisar especificamente os aspetos relacionados com a abordagem da RHTA do doente e os cuidados de enfermagem prestados. Primeiramente serão descritas todas as situações que ocorreram relacionadas com as RHS e posteriormente serão analisadas as intervenções de enfermagem do ponto de vista crítico e de acordo com a evidência científica consultada.

“Rui” teve uma suspeita de RHS a 08.11.2016, no 9º ciclo de tratamento com Folfox, durante a perfusão de oxaliplatina, após ter cumprido um total de 21 ciclos de tratamento com esta terapêutica. De acordo com as notas de enfermagem analisadas sobre este evento, cerca de uma hora após o início da perfusão foi observado um quadro de prurido palmar e eritema facial, não indicando se foi o doente a referir ou o enfermeiro a detetar. Por indicação do médico oncologista de assistência em HDO, foi administrado 100mg de hidrocortisona EV, com benefício imediato. As notas de enfermagem referem ainda que, após reversão total dos sintomas, foi reiniciada esta terapêutica, tendo cumprido o restante tratamento sem intercorrências. Não é feita mais nenhum tipo de referência relativa aos procedimentos realizados na gestão da reação, nem ao estado doente ou ensinamentos realizados ao mesmo.

Antes do início do ciclo seguinte, a equipa de enfermagem informou a médica oncologista do doente relativamente ao evento ocorrido, que encaminhou para a consulta de imunoalergologia. Após consulta de imunoalergologia, foram realizados testes cutâneos à oxaliplatina na diluição de 5 mg/ml, primeiramente o teste cutâneo por picada, que se revelou negativo e posteriormente o teste intradérmico que se revelou positivo (22.11.2016). Perante este facto, foi decidida a realização de dessensibilização à oxaliplatina. A dessensibilização à terapêutica é um procedimento inovador na gestão das RHS imediatas, uma vez que protege o

doente contra uma reação anafilática e permite manter o tratamento de primeira linha, o que representa um importante avanço no tratamento e prognóstico dos doentes com RHTA (Bonamichi-Santos & Castells, 2016).

A 13.12.2016 o doente cumpriu o 10ºC de Folfox, com dessensibilização à oxaliplatina. Foi utilizado um protocolo adaptado de Castells *et al* (2008)<sup>1</sup>, sendo utilizadas três diluições distintas do fármaco, administradas em 12 passos com diferentes velocidades de perfusão (Anexo I). Não foi efetuado incremento de pré-medicação, cumprindo apenas o prescrito para o protocolo de Folfox, a saber, pantoprazol 40mg EV, dexametasona 8mg EV e ondansetron 8mg EV. O fármaco oxaliplatina foi administrado de acordo com o protocolo prescrito pelo imunoalergologista e decorreu sem intercorrências até ao 12º passo do protocolo de dessensibilização (correspondente à terceira diluição). Cerca de 18 minutos após iniciar esta velocidade de perfusão, “Rui” apresentou um quadro de calor, eritema facial e prurido palmar. Caso ocorra uma RHS durante a dessensibilização, o doente deve ser tratado de acordo com a apresentação clínica (Caiado et al., 2009). Assim, após o doente ter sido avaliado pelo imunoalergologista foi administrada clemastina 2mg EV, que resolveu sintomatologia por completo. A perfusão do fármaco foi retomada posteriormente na mesma velocidade até ao seu término, sem quaisquer intercorrências. Cumpriu restante esquema de Folfox igualmente sem complicações. Devido a esta reação, o imunoalergologista decidiu prescrever medicação profilática para o tratamento seguinte, com indicação para iniciar montelucaste 10mg<sup>2</sup> e cetirizina 10mg<sup>3</sup> nos três dias antes e na manhã do tratamento subsequente.

Ocorridos sucessivos adiamentos por motivos vários, o doente realiza o 2º protocolo de dessensibilização, correspondente ao 11ºC de Folfox, a 03.01.2017. A terapêutica foi administrada de acordo com o mesmo protocolo de dessensibilização

---

<sup>1</sup> Os autores (Castells et al., 2008) propõem a utilização de três soluções de 250ml de soro fisiológico ou dextrose 5%, administradas em 12 passos consecutivos com aumento progressivo do ritmo de perfusão. A primeira solução tem uma diluição 100 vezes superior à concentração pretendida (passos 1 a 4), a segunda solução tem uma diluição 10 vezes superior à concentração final pretendida (passos 5 a 8) e a concentração da terceira solução é calculada subtraindo a dose cumulativa administrada nas soluções anteriores à dose total que se pretende administrar (passos 9 a 12). Os passos 1 ao 11 são administrados em 15 minutos e o volume de administração aumenta cerca de 2 a 2,5 ml em cada passo, sendo o 12º passo completado no tempo necessário até se atingir a dose alvo.

<sup>2</sup> Montelucaste é um antiasmático e broncodilatador, mais especificamente um anti-inflamatório do grupo dos antagonistas dos leucotriénios. Os leucotrienos são substâncias que surgem naturalmente nos pulmões e são responsáveis pelo estreitamento e inflamação das vias respiratórias dos pulmões e que também podem provocar sintomas alérgicos (INFARMED, 2017).

<sup>3</sup> Cetirizina é um medicamento antialérgico (INFARMED, 2016).

administrado anteriormente. A perfusão de oxaliplatina decorreu sem intercorrências até ao 11º passo do protocolo (correspondente à terceira diluição), em que 15 minutos após o seu início o doente apresentou um quadro de calor, eritema facial e prurido nas regiões palmar, couro cabeludo e órgãos genitais. Foi de imediato avaliado pelo imunoalergologista que indicou a administração de clemastina 2mg EV, com resolução total dos sintomas. Foi retomada a perfusão na velocidade correspondente a este passo durante 15 minutos e posteriormente completou o 12º passo sem intercorrências. Cumpriu restante protocolo de Folfox, sem complicações.

O sucesso do protocolo de dessensibilização depende da categorização da intensidade e natureza da RHS inicial, dos resultados testes cutâneos e da estratificação do risco, devendo ser realizados ajustamentos de acordo com a resposta do doente (Bonamichi-Santos & Castells, 2016). Devido ao facto de o doente ter reagido nas duas administrações, foi decidido pelo imunoalergologista o ajuste do protocolo de dessensibilização de acordo com Vidal et al. (2016) no ciclo seguinte<sup>4</sup>. O imunoalergologista adaptou o protocolo tendo em conta a especificidade do doente, dando a indicação para realizar um protocolo com 14 passos numa concentração única de 0,5mg/ml (Anexo II), para além de ter sido incrementada a medicação profilática, com indicação para realizar cetirizina 10mg, montelucaste 10mg e ácido acetilsalicílico 500mg<sup>5</sup> no dia anterior ao tratamento e clemastina 2mg EV e ranitidina 50mg EV nos 30 minutos que antecedem o início do protocolo. O 3º protocolo de dessensibilização correspondente ao 12ºC de Folfox foi realizado a 17.01.17, sem qualquer intercorrência. Os restantes quatro ciclos decorreram sem complicações, mantendo o protocolo de dessensibilização anterior. A 26.04.17 foi administrado o 8º protocolo de dessensibilização, correspondente ao 17ºC de Folfox (último ciclo prescrito). A perfusão da terapêutica decorreu sem intercorrências até ao 7º passo, altura em que o doente desenvolveu rubor facial e prurido na região cervical e tronco, que evoluiu para prurido palmar e plantar. A administração foi interrompida e, após avaliação pelo imunoalergologista, foi

---

<sup>4</sup> Foi a primeira vez que o protocolo de dessensibilização sugerido por Vidal et al. (2016) foi utilizado no serviço. Neste protocolo, a dose total do fármaco é diluída numa solução única de soro fisiológico 0,9% ou dextrose 5% até atingir a concentração de 1mg/ml, logo o volume administrado depende da dose. O fármaco é administrado geralmente em 16 passos e o ritmo de perfusão é alterado a cada 15 minutos até aos últimos dois passos, que passam a 30 minutos. O volume de perfusão aumenta de acordo com uma fórmula pré-estabelecida pelo autor, adaptado do protocolo de Castells et al. (2008) para a utilização de apenas uma solução na concentração de 1mg/ml.

<sup>5</sup> Neste caso, o ácido acetilsalicílico tem uma função de bloqueio das prostaglandinas (mediador químico da inflamação) presentes nas reações imunológicas (Breslow, Caiado & Castells, 2009).

administrada clemastina 2mg EV e hidrocortisona 100mg EV, com melhoria significativa da sintomatologia. Foi retomada a perfusão na mesma velocidade durante mais 30 minutos e posteriormente foi dada continuidade à administração do restante protocolo, que decorreu sem complicações.

A administração do protocolo de carboplatina não será analisada neste capítulo pois, conforme descrito anteriormente, este não foi completado dado ao agravamento súbito da situação clínica do doente, não associado a qualquer RHS ao fármaco. Será então realizada uma análise à administração dos oito protocolos de dessensibilização descritos anteriormente, atendendo aos aspetos positivos e negativos identificados relativamente aos cuidados de enfermagem à pessoa com RHTA e que realizou dessensibilização terapêutica. Esta análise é realizada de acordo com as quatro categorias de intervenção que emergiram da revisão da literatura elaborada relativa à atuação do enfermeiro na abordagem das RHTA.

#### **4.1 – Intervenções de enfermagem no âmbito da prevenção**

Ao nível da prevenção, uma das principais intervenções da equipa de enfermagem a destacar está relacionada com a promoção da multidisciplinidade, ao alertar para a necessidade de ser pedida a colaboração da equipa de imunoalergologia após a suspeita de RHS à oxaliplatina, demonstrando que foi identificado um factor de risco de RHS associado ao próximo ciclo de tratamento. Do mesmo modo, quando foi prescrito um novo tratamento de quimioterapia pelo pneumologista, a equipa de enfermagem teve um papel determinante ao identificar o factor de risco associado à possibilidade de ocorrência de reação cruzada, incitando o pneumologista, que não se encontrava desperto para tal, a pedir nova colaboração de imunoalergologia. Na administração de terapêutica antineoplásica é descrito que os enfermeiros devem estar familiarizados e identificar os factores de risco inerentes a cada fármaco, de modo a perceber a probabilidade e o tipo de reação que podem desencadear (Breslin, 2007; Vogel, 2010; Gallimore, 2016), sendo esta uma das melhores formas de prevenção das RHTA.

Relativamente à administração dos protocolos de dessensibilização, há a considerar diversos aspectos positivos nas intervenções de enfermagem analisada, sobretudo ao nível da vigilância do doente. Os registos de enfermagem demonstram

que o doente foi monitorizado durante toda a perfusão, conforme indicado por Zetka (2012), no entanto, não há referência à monitorização e tempo de vigilância após o tratamento, não esclarecendo se esta foi efetuada. Em todos os protocolos de dessensibilização estão registados os parâmetros vitais e o padrão respiratório, avaliados em cada mudança de velocidade de perfusão do fármaco e sempre que foi considerado necessário, indo de encontro ao proposto por Breslin (2007) e Jakel et al. (2016). O rácio enfermeiro/doente foi de 2:1 ou 3:1, na maioria dos protocolos de dessensibilização administrados, o que contraria o rácio de 1:1 recomendado por Jakel et al., 2016. Esta observação contínua do doente revela que os enfermeiros que prestaram cuidados ao doente reconheciam o nível de risco de o doente desenvolver RHS durante a administração dos protocolos de dessensibilização, o que permite prevenir complicações e assegurar a segurança do doente (Jakel et al., 2016). Outro aspeto positivo que não está diretamente relacionado com a intervenção de enfermagem, mas que importa sublinhar, é o facto de os protocolos de dessensibilização terem sido constantemente ajustados por parte da equipa de imunoalergologia mediante as reações que o doente apresentou. Em caso de reação durante o procedimento, podem ser necessários ajustes nos tratamentos subsequentes, quer nos ritmos de perfusão, quer na pré-medicação, como forma de prevenção (Jakel et al., 2016).

Contrariamente ao referido pela literatura, que refere a importância do enfermeiro certificar e documentar a toma da pré-medicação antes de iniciar o tratamento (Gobel, 2005; Vogel, 2010, 2014; Roselló et al., 2017), verificou-se que nos registos de enfermagem relativos à administração dos protocolos de dessensibilização, na maioria das situações não foi feita referência a esta certificação, pelo que fica a dúvida sobre a sua realização. Este é um aspeto fundamental, que deve ser melhorado. Apenas em três dos registos observados foi assinalada a certificação da toma da pré-medicação de acordo com a prescrição médica, no entanto, não se encontravam identificados os fármacos que deveriam ter sido confirmados com o doente. Na administração do 8º e último protocolo de dessensibilização à oxaliplatina realizado ao doente, em que foi observada reação durante a administração do 7º passo do protocolo, pode ler-se nos registos clínicos do imunoalergologista que avaliou o doente que não foram identificados fatores que parecessem ser responsáveis pela reação, excetuado o facto de o doente ter referido que não cumpriu a toma de cetirizina de acordo com o prescrito. Este facto

remete-nos para um possível erro ao nível da confirmação da toma da pré-medicação, bem como do ensino que deverá ser feito ao doente relativamente à importância da adesão à terapêutica profilática.

A tabela seguinte sumariza as principais intervenções de enfermagem realizadas no âmbito da prevenção das RHTA e indica os aspetos positivos e os aspetos que devem ser melhorados futuramente (Tabela 2).

Tabela 2 - Síntese da intervenção de enfermagem no âmbito da prevenção

Síntese da intervenção de enfermagem no âmbito da prevenção	
ASPETOS POSITIVOS	ASPETOS A MELHORAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação de factores de risco</li> <li>• Promoção da colaboração multidisciplinar</li> <li>• Monitorização e vigilância contínua durante a administração de protocolo de dessensibilização</li> <li>• Avaliação de parâmetros vitais no início e a cada mudança de velocidade de perfusão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificação e documentação da pré-medicação, com especificação dos fármacos</li> <li>• Registo da monitorização e tempo de vigilância após o tratamento</li> <li>• Rácio enfermeiro/doente de 1:1 nos protocolos de dessensibilização</li> </ul>

## 4.2 – Intervenção de enfermagem no âmbito do diagnóstico

De acordo com o analisado, foi possível perceber que os enfermeiros se encontravam alerta e foram capazes de reconhecer precocemente os sinais e sintomas das reações durante a administração dos vários protocolos de dessensibilização, bem como na RHS inicial, conseguindo uma atuação adequada e atempada, de acordo com o sugerido pela literatura (Viale & Yamamoto, 2009; Shelton & Shivnan, 2011; Zetka, 2012).

Durante a administração dos protocolos de dessensibilização é prática comum no serviço a monitorização do ritmo cardíaco e padrão respiratório durante todo o procedimento de administração dos protocolos de dessensibilização, conforme indicado por Jakel et al., (2016), no entanto, nem todos os registos de enfermagem confirmam esta monitorização e apenas se encontram assinalados as diversas avaliações de parâmetros vitais. Outro aspeto positivo está relacionado

com o facto de ter sido realizada e documentada uma avaliação inicial do doente, com os parâmetros vitais e o aspeto geral do doente, conforme sugerido por Vogel (2010).

Considerando os testes cutâneos, meios complementares de diagnóstico, as intervenções associadas a este procedimento são analisados ao nível da prevenção. No registo de enfermagem relacionado com a realização dos testes cutâneos é possível verificar que não é mencionado a avaliação do estado físico e/ou emocional do doente, não é esclarecido o tipo de testes cutâneos realizados (por picada ou intradérmicos), fazendo referência apenas à sua positividade, não sendo perceptível qual o teste positivo e também não é possível perceber se foram efetuados alguns esclarecimentos sobre o procedimento por parte do enfermeiro. Como aspetos positivos relativamente a este procedimento, há a realçar os cuidados à pele imediatamente após a realização dos testes, com descrição do fármaco aplicado e dos ensinamentos realizados ao doente relativos aos cuidados a manter no domicílio. Não foram, no entanto, agendados contactos presenciais ou telefónicos para avaliação da pele do membro, pelo que não foi possível averiguar se surgiram alterações cutâneas associadas à realização dos testes e/ou se o doente cumpria os cuidados à pele no domicílio de acordo com o ensino efetuado, nomeadamente a aplicação tópica do fármaco.

A tabela seguinte sumariza as principais intervenções de enfermagem realizadas no âmbito do diagnóstico das RHTA e indica os aspetos positivos e os aspetos que devem ser melhorados futuramente (Tabela 3).

Tabela 3 - Síntese da intervenção de enfermagem no âmbito do diagnóstico

Síntese da intervenção de enfermagem no âmbito do diagnóstico	
ASPETOS POSITIVOS	ASPETOS A MELHORAR
<ul style="list-style-type: none"><li>• Reconhecimento precoce das RHS</li><li>• Avaliação inicial do doente</li><li>• Monitorização cardíaca e respiratória durante a dessensibilização</li><li>• Cuidados à pele após realização dos testes cutâneos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Registos de enfermagem relativos aos testes cutâneos detalhados</li><li>• Agendamento de contactos telefónicos e/ou presenciais para avaliação do membro submetido a testes cutâneos</li></ul>



### 4.3 – Intervenções de enfermagem no âmbito da gestão

Ao nível da gestão da primeira RHS à oxaliplatina durante a perfusão do 9º ciclo de Folfox, os registos de enfermagem descrevem a avaliação imediata da condição clínica do doente, com referência aos principais sintomas, bem como a notificação imediata do médico. É referido, posteriormente a terapêutica de emergência administrada e que, após a regressão dos sintomas foi reiniciada a mesma terapêutica. De acordo com o exposto a atuação foi de encontro ao recomendado relativamente à avaliação e administração terapêutica de acordo com a sintomatologia apresentada (Gobel, 2005; Breslin, 2007; Vogel, 2010, 2014; Shelton & Shivnan, 2011; Gallimore, 2016; Jakel et al., 2016; Roselló et al., 2017). Não é feita referência à interrupção da perfusão, mas pela descrição do registo, depreende-se que tenha sido efetuado. A interrupção da perfusão e a gestão imediata dos sintomas pode ser um factor diferenciador na evolução da gravidade da reação e distinguir uma reação leve, de uma reação moderada ou grave (Zetka, 2012), pelo que pode ser considerado um indicador de qualidade. Os registos também não fazem referência à avaliação de parâmetros vitais durante e após a resolução da reação, pressupondo-se que não tenham sido avaliados, contrariando gravemente o sugerido pela literatura (Gobel, 2005; Galimore, 2016; Vogel, 2010, 2014; Jakel et al., 2016). A administração do fármaco foi retomada após resolução completa dos sintomas o que, no caso da oxaliplatina, prevendo-se ser uma RHS alérgica, não deveria ter ocorrido. De acordo com Bonosky & Miller (2005), o reinício da administração da oxaliplatina após uma RHS não é recomendado. Tudo leva a crer que esta decisão tenha sido tomada pelo facto de se tratar de uma reação ligeira e de rápida resolução, indo de encontro ao referido por Zetka (2012), em que dependendo do tipo de reação e caso sejam resolvidos todos os sintomas, a perfusão poder ser retomada cuidadosamente, num ritmo reduzido, no entanto, tal não é aplicável no caso de suspeita de RHS alérgica. Neste caso, não foi possível avaliar se foi mantido o ritmo de perfusão inicial ou não. Outro aspeto fundamental a melhorar está relacionado com o facto de não ter sido feita referência ao apoio prestado ao doente após resolução dos sintomas da RHS, nomeadamente ao nível da gestão do *distress* psicológico que a RHS pode provocar na pessoa (Roselló et al., 2017).

Pela análise, é possível verificar que uma das principais intervenções a ser melhorada está relacionado com a documentação da reação que, segundo vários autores deve ser completa e detalhada, uma vez que é essencial para o diagnóstico da RHS (Vogel, 2010, 2014; Zetka, 2012; Gallimore, 2016; Roselló et al., 2017). Neste caso, não foram registados os aspetos relacionados com a dose de fármaco administrado, o ritmo de perfusão, o modo de atuação durante a reação, a avaliação dos parâmetros vitais, o momento de resolução dos sintomas, o seguimento dado ao doente, os ensinamentos realizados, entre outros. Perante a inexistência de um protocolo de atuação, foi necessário esperar pela avaliação médica para iniciar a terapêutica de urgência. É fundamental a existência de um algoritmo de atuação perante a RHS que possa ser iniciado de imediato pelo enfermeiro, até à chegada do médico (Gobel, 2005; Vogel, 2010, 2014; Shelton & Shivan, 2011; Viale & Yamamoto, 2012; Zetka, 2012; Gallimore, 2016; Roselló et al., 2017), sendo também este um indicador de qualidade. A RHS inicial à oxaliplatina não foi notificada como evento adverso, no entanto, esta notificação deveria ter sido realizada de acordo com a política da organização (Shelton & Shivan, 2011).

No caso das RHS que surgiram durante os protocolos de dessensibilização é possível verificar pelos registos de enfermagem que a avaliação do doente e o diagnóstico imediato dos principais sintomas da RHS foi adequada e célere, bem como a notificação imediata do médico, neste caso, o imunoalergologista. Após resolução dos sintomas e sendo as RHS que ocorreram durante os protocolos de dessensibilização consideradas ligeiras, a terapêutica foi retomada, conforme indicado por Jakel et al. (2016), ao referir que, no âmbito dos protocolos de dessensibilização, a terapêutica pode ser reiniciada assim que a reação estiver tratada. Para além disso, os protocolos de dessensibilização foram realizados numa sala de tratamentos com o material de urgência, caso necessário, incluindo rampas de oxigénio, terapêutica de urgência e material para aspiração e nebulização (Jakel et al., 2016).

A tabela seguinte sumariza as principais intervenções de enfermagem realizadas no âmbito da gestão das RHTA e indica os aspetos positivos e os aspetos que devem ser melhorados futuramente (Tabela 4).

Tabela 4 - Síntese da intervenção de enfermagem no âmbito da gestão

Síntese da intervenção de enfermagem no âmbito da gestão	
ASPETOS POSITIVOS	ASPETOS A MELHORAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atuação imediata de acordo com a sintomatologia apresentada na RHS</li> <li>• Reinício da terapêutica após resolução dos sintomas de RHS nos protocolos de dessensibilização.</li> <li>• Garantida a existência de espaço físico e material de urgência adequado</li> <li>• Presença do imunoalergologista durante a dessensibilização</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação e registo dos parâmetros vitais durante e após a resolução da RHS</li> <li>• Não reiniciar a perfusão em caso de suspeita de RHS alérgica</li> <li>• Apoio ao nível do <i>distress</i> psicológico do doente causado pela RHS</li> <li>• Documentação da RHS completa e detalhada</li> <li>• Existência de um algoritmo de atuação para a gestão da RHS imediata</li> <li>• Notificação da RHS como evento adverso</li> </ul>

#### 4.4 – Intervenções de enfermagem no âmbito da educação

É bastante importante fornecer ao doente oncológico toda a informação pertinente e verdadeira sobre os cuidados que deve tomar, o seu real estado de saúde e os procedimentos e tratamentos de que vai ser alvo, procurando fomentar a sua participação nos cuidados, bem como aumentar a sua compreensão sobre a sua condição de doença e os efeitos adversos dos tratamentos (Matos & Pereira, 2002). Neste caso, não é possível avaliar de acordo com os registos de enfermagem os ensinamentos realizados ao doente em nenhuma das situações relacionadas com as RHTA analisadas, uma vez que estes não se encontram documentados. Como já referido anteriormente, os registos devem ser melhorados a vários níveis e, neste caso, devem igualmente revelar os ensinamentos realizados ao doente e sua família, pois são os registos que dão visibilidade aos cuidados de enfermagem. Certamente foram realizados alguns ensinamentos, na medida em que é prática comum no serviço, pelo menos no momento imediato ao início da administração de qualquer terapêutica antineoplásica, o esclarecimento do doente relativamente à importância de reportar qualquer sintoma incomum durante o tratamento, como de resto evidencia a literatura (Breslin, 2007; Zetka, 2012). Também não foi possível verificar a realização de ensinamentos relativos ao protocolo de dessensibilização, nem à possibilidade de

ocorrência de reações tardias, após este procedimento (Jakel et al., 2016), por não se encontrar registado. Informar o doente sobre os efeitos adversos associados ao seu tratamento, certifica que este compreende a importância do rápido reconhecimento da reação (Gallimore, 2016) logo, um doente devidamente informado e educado relativamente às RHTA é um aliado do enfermeiro.

Sendo este doente bastante ansioso relativamente aos tratamentos e aos seus efeitos secundários, o facto de ter passado pela experiência de uma RHTA e a necessidade de retomar o tratamento através da dessensibilização poderiam exacerbar os seus sentimentos de medo e insegurança. Neste caso seria importante serem transmitidos esclarecimentos sobre o tratamento, assegurando o acompanhamento de todo o procedimento, de modo a tranquilizar o doente e a família (Shelton & Shivan, 2011; Roselló et al., 2017).

A tabela seguinte sumariza as principais intervenções de enfermagem realizadas no âmbito da educação das RHTA e indica os aspetos positivos e os aspetos que devem ser melhorados futuramente (Tabela 5).

Tabela 5 - Síntese das intervenções de enfermagem no âmbito da educação

Síntese da intervenção de enfermagem no âmbito da educação	
ASPETOS POSITIVOS	ASPETOS A MELHORAR
<ul style="list-style-type: none"><li>• Esclarecimento do doente face à importância de reportar qualquer sintoma de RHS durante o tratamento</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Documentar em registo de enfermagem todos os ensinamentos e esclarecimentos realizados ao doente/família</li></ul>

## **5 – IMPACTO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS**

A prestação de cuidados seguros e de qualidade é uma necessidade cada vez mais premente dos sistemas de saúde a nível mundial, motivado pela complexidade dos cuidados, do aumento da esperança média de vida e do aumento da expectativa dos cidadãos (Ribeiro, Martins e Tronchin, 2017). Segundo a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2010 aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015 de 27 de Maio (p.13551), a qualidade em saúde pode ser definida como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão.”

A Ordem dos Enfermeiros (OE) considerou como uma das suas prioridades a definição de padrões de qualidade, que levem à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem que são fornecidos aos cidadãos e à necessidade de reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2012). As RHTA são eventos adversos que põem em causa a segurança do doente, pelo que exigem uma adequada preparação por parte dos profissionais de saúde que lidam com estas reações, sobretudo os enfermeiros que se encontram mais próximos do doente (Jacobson et al., 2009). O presente estudo de caso surgiu da necessidade de analisar e refletir sobre a prática relativamente a esta área de intervenção, cuja atuação se considerou deficitária e com necessidade de melhoria ao nível da qualidade dos cuidados.

De acordo com Ribeiro et al. (2017, p.90), “a qualidade e a segurança são uma obrigação ética, porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados”. O *National Committee for Quality Assurance* considera que alguns dos factores que afetam a qualidade dos cuidados de saúde estão relacionados com a procura da melhor informação sobre investigação científica disponível, a coordenação de cuidados entre os vários profissionais de saúde, a prestação de cuidados contínuos e compreensíveis e o envolvimento do doente nos cuidados prestados (Gomes da Silva, 2013). As atividades desenvolvidas ao longo da implementação do projeto pretenderam incidir em todas

estas vertentes, por forma a garantir a melhoria dos cuidados relativamente às RHTA. Este estudo de situação revela e justifica esta necessidade de melhoria, já que a análise da situação remete para um período anterior à implementação do projeto, em que existia uma prática não satisfatória relativamente aos cuidados prestados à pessoa com RHTA, sobretudo relacionado com o nível de capacitação da equipa face à especificidade destes cuidados, bem como a inexistência de uma sistematização das intervenções na abordagem das RHS.

A OE (2012, p.13) considera que “os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”. Henderson (2007) considera que uma enfermeira qualificada deve ouvir o doente, identificar-se com ele e com a sua família, avaliar as suas necessidades e construir uma relação pessoal de ajuda, essencial para uma enfermagem mais eficaz. Neste sentido, o desenvolvimento do projeto e posterior relatório, nos quais se inclui este estudo de situação, foram desenhados tendo por base o modelo de Cuidados Centrados na Pessoa (CCP) de McCormack & McCance (2006), que permite avaliar e refletir sobre as práticas existentes e determinar necessidades de mudança que garantam um cuidado individualizado. Este modelo compreende quatro constructos que se relacionam entre si e devem ser tidos em conta na prestação de CCP, nomeadamente, pré-requisitos, o ambiente dos cuidados, o processo centrado na pessoa e os resultados esperados.

Neste sentido, independentemente da sua área de intervenção, o enfermeiro deve ter determinados atributos, denominados pré-requisitos, relacionados com competências profissionais, interpessoais e de autoconhecimento, assim como deve ter em conta o ambiente em que são prestados os cuidados, focados na existência de sistemas organizacionais de suporte que facilitem a tomada de decisão e nas relações multidisciplinares efetivas (McCormack & McCance, 2006, 2010). Deste modo, poderá intervir nos processos centrados na pessoa através de uma multiplicidade de atividades que operacionalizam os cuidados de enfermagem, devendo adotar uma atitude empática e de parceria nas tomadas de decisão, demonstrar envolvimento/compromisso nos cuidados, considerar as crenças e os valores dos doentes e providenciar um cuidado holístico. O intuito será a atingir os melhores resultados, componente central do modelo de CCP, em que se pretende

conseguir proporcionar a sensação de bem-estar, a satisfação do doente e criação de um ambiente terapêutico favorável, que enfatize a tomada de decisão informada e partilhada, a colaboração multidisciplinar e a inovação das práticas (McCormack & McCance, 2006, 2010). A relação entre estes constructos sugere que, de modo a providenciar resultados positivos para o doente e para os profissionais de saúde, devem ser tidos em conta primeiramente os pré-requisitos, que têm impacto na capacidade do enfermeiro em gerir o ambiente de cuidados e o ambiente de cuidados, que por sua vez é necessário para providenciar cuidados efetivos através do processo centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2010).

Avedis Donabedian (2003) é um dos principais defensores da abordagem da qualidade associada aos cuidados de saúde. Segundo o autor (2003), a garantia de melhoria da qualidade nos cuidados de saúde passa por um conjunto de ações realizadas com o intuito de estabelecer, proteger, promover e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Deste modo, sugere a existência de três abordagens para avaliar a qualidade dos cuidados, os quais denomina *Estrutura* (condições em que são prestados os cuidados, incluindo recursos humanos e materiais, meios físicos/equipamento e características organizacionais), *Processo* (atividades que constituem os cuidados de saúde, incluindo diagnósticos, tratamentos, prevenção, educação do doente) e, finalmente, *Resultados* (as mudanças, desejadas ou indesejadas, individuais ou coletivas, atribuídas aos cuidados de saúde) (Donabedian, 2003). O modelo Estrutura-Processo-Resultado de Donabedian (2003) é, em parte, semelhante ao modelo de CCP (McCormack & McCance, 2006), justificado pelo facto de este último ter sido desenvolvido utilizando alguns pressupostos do primeiro. Assim, é possível verificar que as Estruturas podem ser relacionadas com os atributos dos enfermeiros (competência profissional, capacidades interpessoais, empenho e compromisso com a profissão e características pessoais), aspetos organizacionais (tempo, conjugação de competências e o papel do enfermeiro) e os atributos e aspetos individuais dos doentes (McCormack & McCance, 2006). O Processo do cuidado converge com uma variedade de atividades dos enfermeiros que constituem o cuidar, nomeadamente, cuidados relativos às necessidades físicas e psicológicas do doente, ao providenciar informação, providenciar tranquilidade, demonstrar preocupação, ser comunicativo, ser atencioso e sensível e demonstrar respeito (McCormack & McCance, 2006, 2010). Os Resultados são procedidos do processo de cuidar e incluem a sensação

de bem-estar físico e psicológico, a satisfação do doente e o efeito no ambiente (McCormack & McCance, 2006).

De uma maneira geral, de acordo com o analisado para realizar este estudo de situação, considera-se que foram satisfeitos os pré-requisitos, na medida em que os enfermeiros demonstraram competências profissionais, ao estabelecer prioridades, detetar factores de risco e demonstrar capacidade de tomada de decisão, mostrando compromisso com a profissão, bem como competências interpessoais de comunicação, sobretudo com os elementos da equipa multidisciplinar, mas também com o doente e sua familiar, que sempre confiaram na equipa de enfermagem. Em relação ao ambiente dos cuidados, considera-se terem sido cumpridos os aspectos relacionados com o bom relacionamento multidisciplinar, a diversidade de competências e a partilha de poder, descritos no modelo (McCormack & McCance, 2006), havendo a colaboração de outros profissionais de saúde. Nos processos centrados na pessoa, foram tidas em consideração as crenças e os valores do doente, demonstrada disponibilidade, valorizada a sua opinião e consideradas as suas necessidades físicas, para além de ter havido um processo de negociação entre o doente, os familiares e os profissionais na fase final da doença, com o objectivo de permitir uma decisão informada, partilhada e apoiada, que fosse de encontro às suas expectativas. Relativamente aos resultados esperados, foi possível constatar que durante o seu processo de doença, “Rui” foi envolvido nos cuidados e apresentou sensação de bem-estar e satisfação, à exceção da fase final da doença, em que a equipa de enfermagem do HDO não conseguiu intervir dado que recusou a realização de tratamentos, sendo acompanhado apenas em consulta médica e, posteriormente, no internamento. Ainda em relação aos resultados, parece ter sido conseguido um ambiente terapêutico favorável que proporcionou tomadas de decisão informadas e partilhadas, para além de se verificar a colaboração multidisciplinar e a inovação das práticas, sobretudo na implementação e atualização dos protocolos de dessensibilização à terapêutica antineoplásica.

A melhorar consideram-se os aspetos relacionados com a comunicação interpessoal e a informação transmitida ao doente que, apesar de poder ter sido realizada, não se encontra descrita, logo não é visível. De acordo com o estudo de Kärkkäinen, Bondas & Eriksson (2005), o registo de enfermagem é indispensável para dar visibilidade ao CCP e, neste caso, não refletiram a efetividade do CCP, uma vez que não ficaram bem explícitos a rentabilidade e a eficácia do cuidado de



enfermagem, as reais necessidades e expectativas do cliente, nem eventuais aspectos éticos.

Os enfermeiros contribuem significativamente para a determinação da qualidade dos cuidados prestados ao doente e sua família, no entanto, a evidência demonstra que são enfatizadas principalmente as áreas da prática de enfermagem que podem ser quantificados, contrastando com a existência de poucos indicadores orientados para o CCP e que evidenciam o impacto dos cuidados de enfermagem na experiência do doente (McCormack & McCance, 2010). Cabe ao enfermeiros, sobretudo os que têm formação avançada, evidenciar e demonstrar através dos seus cuidados a importância do CCP na garantia da qualidade dos cuidados.

## CONCLUSÃO

Refletir sobre a prática permite ao enfermeiro desenvolver competências, criar conhecimento, compreender melhor o seu trabalho e obter uma maior valorização pessoal e profissional, essencial para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. O presente estudo permitiu analisar de modo mais aprofundado uma situação específica do contexto da prática relativamente aos cuidados de enfermagem prestados ao doente com RHTA. Quando foi decidida a realização deste estudo, no decorrer do Estágio IV, pretendia-se colocar em prática os conhecimentos adquiridos durante a fase de implementação do projeto. Apesar de não ter sido possível prestar cuidados diretos ao doente durante a realização de um protocolo de dessensibilização, conforme previsto, considerou-se que seria pertinente continuar a analisar a situação do ponto de vista retrospectivo, por ser um caso complexo e desafiante ao nível da temática em estudo.

Analisando os cuidados de enfermagem prestados nesta situação específica e refletindo criticamente com base na evidência científica e no conhecimento desenvolvido, conclui-se que os enfermeiros, na maioria das situações, atuam de forma correta e de acordo com o que é evidenciado na literatura, no entanto, não documentam devidamente a sua intervenção, pelo que não dão visibilidade aos cuidados que prestam. Para além dos registos de enfermagem, considera-se existirem algumas intervenções que devem ser melhoradas relativamente aos cuidados à pessoa com RHTA, sobretudo ao nível da gestão e da educação do doente com RHTA.

A análise e reflexão sobre as práticas levam à mudança de atitudes e procedimentos, conduzindo à melhoria das práticas. Conhecer e compreender o modo como a pessoa percebe e experiencia a sua doença é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de intervenção de enfermagem que sejam facilitadoras do CCP. O estudo de situação revelou-se uma mais-valia, trazendo contributos à implementação do projeto e à própria aprendizagem, vindo reforçar a necessidade de refletir sobre os cuidados prestados e intervir nesta área. Pretende-se que esta necessidade de melhoria por parte da equipa venha a ser colmatada com a implementação do projeto e a apresentação de todas as atividades desenvolvidas neste âmbito.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Ana Albuquerque Queirós, Belarmina Lourenço (trads.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bonamichi-Santos, R. & Castells, M. (2016). Diagnoses and management of drug hypersensitivity and anaphylaxis in cancer and chronic inflammatory diseases: Reactions to taxanes and monoclonal antibodies. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*. 8. DOI: 10.1007/s12016-016-8556-5.
- Bonosky, K. & Miller, R. (2005). Hypersensitivity reactions to oxaliplatin: What nurses need to know. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 9(3).325-330. DOI: 10.1188/05.CJON.325-330.
- Breslin, S. (2007). Cytokine-release syndrome: Overview and nursing implications. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 11(1). 37-42. DOI: 10.1188/07.CJON.S1.37-42.
- Breslow, R. G.; Caiado, J. & Castels, M. C. (2009). Acetylsalicylic acid and montelukast block mast cell mediator-related symptoms during rapid desensitization. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. 102(2).155-160. DOI: 10.1016/S1081-1206(10)60247-5.
- Caiado, J.; Rodrigues, T.; Pedro, E.; Costa, L. & Pereira Barbosa, M. (2009). Dessensibilização a Fármacos em Oncologia: Experiência de um Serviço de Imunoalergologia. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 17(1), 57-74. Acedido a 28.02.2017. Disponível em [http://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/dessensibilizacao-a-farmacos-em-oncologia:-experiencia-de-um-servico-de-imunoalergologia.pdf](http://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/dessensibilizacao-a-farmacos-em-oncologia:-experiencia-de-um-servico-de-imunoalergologia.pdf).
- Caiado, J. (2016). Hipersensibilidade a fármacos – Tratar, documentar, dessensibilizar. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 24(2), 111-114. Disponível em [http://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/hipersensibilidade-a-farmacos-%E2%80%93-93-tratar-documentar-e-dessensibilizar.pdf](http://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/hipersensibilidade-a-farmacos-%E2%80%93-93-tratar-documentar-e-dessensibilizar.pdf). Acedido a 28.02.2017.

- Castells, M., Tennant, N., Sloane, D., Ida Hsu, F., Barrett, N., Hong, D., Laidlaw, T., Legere, H., Nallamshetty, S., Palis, R., Rao, J., Berlin, S., Campos, S. & Matulonis, U. (2008). Hypersensitivity reactions to chemotherapy: Outcomes and safety of rapid desensitization in 413 cases. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 122(3). 574-580. DOI:10.1016/j.jaci.2008.02.044.
- Despacho n.º 5613/2015 de 27 de Maio (2015). Ministério da Saúde. Diário da República, 2ª Série, n.º 2 (27 de Maio de 2015). 13550-13553. Acedido a 05.04.2018. Disponível em <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/despacho-n-56132015--ministerio-da-saude--aprova-a-estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude-2015-2020-pdf.aspx>.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Nova Iorque: Oxford University Press.
- Gallimore, E. (2016). Infusion-related risks associated with chemotherapy. *Nursing Standard*. 30(25). 51-58. DOI: 10.7748/ns.30.25.51.s48.
- Gobel, B. H. (2005). Chemotherapy-induced hypersensitivity reactions. *Oncology Nursing Forum*. 32(5). 1027-1035. DOI: 10.1188/05.ONF.1027-1035.
- Gomes da Silva, M. (coord.) (2013). *Gestão da qualidade em cuidados de saúde*. Lisboa: Monitor.
- Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Idalina Gomes, João Santos, Mª Helena Silva, Mª Isabel Soares, Teresa Félix, Teresa Rebelo (trans.). Loures: Lusociência.
- INFARMED (2016). Resumo das características do medicamento – Cetirizina. Disponível em [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=31183&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=31183&tipo_doc=fi). Acedido a 29.03.2017.
- INFARMED (2017). Resumo das características do medicamento – Montelukaste. Disponível em [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=49232&tipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=49232&tipo_doc=fi). Acedido a 29.03.2017.
- Jacobson, J. O.; Polovich, M.; McNiff, K.; LeFebvre, K.; Cummings, C.; Galioto, M.; Bonelli, K. & McCorkle, M. R. (2009). American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety

- Standards. *Oncology Nursing Forum*. 36(6). 651-658. DOI: 10.1188/09.ONF.651-658.
- Jakel, P.; Carsten, C.; Carino, A. & Braskett, M. (2016). Nursing care of patients undergoing chemotherapy desensitization: Part II. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 20(2), 137-139. DOI: 10.1188/16.CJON.137-139.
- Kärkkäinen, O.; Bondas, T. & Eriksson, K. (2005). Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*. 12(2). 123-132. DOI: 10.1191/0969733005ne769oa
- Matos, P. & Pereira, M. G. (2002). Áreas de Intervenção na Doença Oncológica. In M. G. Pereira & C. Lopes. *O Doente Oncológico e a sua Família*. (pp.15-25). Lisboa: Climepsi.
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a Framework for Person-Centred Nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56(5). 472-479. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: Theory and practice*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual/Enunciados Descritivos. Conselho de Enfermagem de Dezembro de 2001. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>. Acedido a 20.02.2017.
- Palma-Carlos, S.; Carvalho, S.; Almeida, T.; Braga, C.; Borrego, M.; Romeira, A. M.; Gaspar, A.; Leiria Pinto, P. & Rosado Pinto, J. (2007). Hospital de Dia na hipersensibilidade a fármacos: Segurança das provas de provocação. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 15(6). 485-497. Acedido a 25.06.2017. Disponível em [https://www.spaic.pt/client\\_files/rpia\\_artigos/hospital-de-dia-na-hipersensibilidade-a-farmacos:-seguranca-das-provas-de-provocacao.pdf](https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/hospital-de-dia-na-hipersensibilidade-a-farmacos:-seguranca-das-provas-de-provocacao.pdf).
- Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Almedina
- Ribeiro, O.; Martins, M. & Tronchin, D. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*. 14 (Jul/Ago/Set). 89-100. DOI: 10.12707/RIV16086.

- Roselló, S.; Blasco, I.; García Fabregat, L.; Cervantes, A. & Jordan, K. (2017). Management of infusion reactions to systemic anticancer therapy: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*. 28(4). 100-118. DOI: 10.1093/annonc/mdx216.
- Shelton, B. & Shivnan, J. C. (2011). Acute hypersensitivity reactions: What nurses need to know. *Johns Hopkins Nursing*. 9(1). 34-36. Acedido a 27.10.2017. Disponível em <http://magazine.nursing.jhu.edu/2011/04/acute-hypersensitivity-reactions-what-nurses-need-to-know/>.
- Viale, P. H. & Yamamoto, D. S. (2009). Biphasic and delayed hypersensitivity reactions: Implications for oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14(3). 347-356. DOI: 10.1188/10.CJON.347-356.
- Vidal, C., Méndez-Brea, P., López-Freire, S., Bernárdez, B., Lamas, M. J., Armisen, M., Rodríguez, V., Luna, I. & Castro-Murga, M. (2016). A modified protocol for rapid desensitization to chemotherapy agents. *Journal of Allergy and Clinical Immunology Practice*. 4(5). 1003-1005. DOI: 10.1016/j.jaip.2016.05.015.
- Vogel, W. H. (2010). Infusion reactions: Diagnosis, assessment and management. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14(2). 10-21. DOI: 10.1188/10.CJON.E10-E21.
- Vogel, W. H. (2014). Hypersensitivity reactions to antineoplastic drugs. Capítulo 7. In Yarbro, C. H.; Wujcik, D. & Gobel, B. H. (eds). *Symptom Management* (4ª ed.). (pp. 115-130). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Zetka, E. S. (2012). The essentials of chemotherapy-induced infusion reactions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 16(5). 527-529. DOI: 10.1188/12.CJON.527-529.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

Exemplo de protocolo de dessensibilização à oxaliplatina com três soluções  
(adaptado de Castells et al., 2008)



### Protocolo de dessensibilização à oxaliplatina

Lote: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_

Dose Total 138 mg

Diluição A: 1,380 mg em 250 ml de glucose a 5% = 0,00552 mg/ml

Diluição B: 13,800 mg em 250 ml de glucose a 5% = 0,0552 mg/ml

Diluição C: 136,914 mg em 250 ml de glucose a 5% = 0,54766 mg/ml

Passo	Diluição	Perfusão (ml/h)	Tempo (min)	Volume (ml)	Dose (mg)	Dose cumulativa (mg)
1	A	2	15	0,5	0,00276	0,00276
2	A	5	15	1,25	0,00690	0,00966
3	A	10	15	2,5	0,01380	0,02346
4	A	20	15	5	0,02760	0,05106
5	B	5	15	1,25	0,06900	0,12006
6	B	10	15	2,5	0,13800	0,25806
7	B	20	15	5	0,27600	0,53406
8	B	40	15	10	0,55200	1,08606
9	C	10	15	2,5	1,36914	2,45520
10	C	20	15	5	2,73828	5,19348
11	C	40	15	10	5,47656	10,67004
12	C	75	186	232,5	127,32996	138,00000

Tempo Total = 351 minutos

Data: \_\_\_\_\_

Hora de início: \_\_\_\_h\_\_\_\_

Hora de fim: \_\_\_\_h\_\_\_\_

**Contacto Imunoalergologia:**

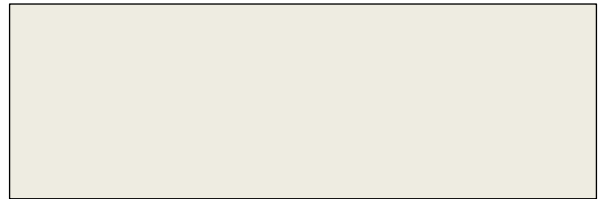
Dr.....

**Pré-Medicação: Montelukaste 10mg + Cetirizina 10mg 3 dias antes + manhã**

Adaptado de Castells et al. *J Allergy Clin Immunol*.2008.Sep;122(3):574-80

## **ANEXO II**

Exemplo de protocolo de dessensibilização à oxaliplatina com uma solução  
(adaptado de Vidal et al., 2016)



### **Protocolo de dessensibilização à oxaliplatina**

Lote: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_

Dose Total	138	mg
------------	-----	----

Concentração	0,5	mg/ml
--------------	-----	-------

Passo	Hora	Tempo (min)	Velocidade (ml/h)	Dose (mg)	Dose cumulativa (mg)
1		15	0,05	0,00625	0,00625
2		15	0,2	0,025	0,03125
3		15	0,6	0,075	0,10625
4		15	1,4	0,175	0,28125
5		15	2,8	0,35	0,63125
6		15	5,6	0,7	1,33125
7		15	7	0,875	2,20625
8		15	13,8	1,725	3,93125
9		15	28	3,5	7,43125
10		15	56	7	14,43125
11		15	62	7,75	22,18125
12		15	122	15,25	37,43125
13		30	154	38,5	75,93125
14		30	250	62,06875	138

Tempo Total = 239,793 minutos

Data: \_\_\_\_\_ Hora de início: \_\_\_\_h\_\_\_\_ | Hora de fim: \_\_\_\_h\_\_\_\_

**Pré-Medicação: AAS 500mg 1id + Montelucaste 10mg + Cetirizina 10mg dia anterior**

**Clemastina 2mg EV + Ranitidina 50mg EV na manhã do tratamento**

**Contacto Imunoalergologia:**

Dr.....

Adaptado de Vidal et al. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2016;4(5):1003-5

## **APÊNDICE XXIX**

Atualização do guia de acolhimento do doente realizado no Estágio IV



## Reações de Hipersensibilidade

- ▶ Os tratamentos oncológicos podem causar diversas reações adversas, nomeadamente Reações de Hipersensibilidade.
- ▶ Estas reações são inesperadas, imprevisíveis e surgem apenas em determinadas pessoas que possam ser mais suscetíveis.
- ▶ Todos os medicamentos utilizados nos tratamentos oncológicos podem causar uma Reação de Hipersensibilidade, embora em alguns estas reações sejam mais frequentes.

**A Reação de Hipersensibilidade a um medicamento é uma reação que provoca sinais/sintomas específicos, provocados pela exposição a esse medicamento, numa dose que é geralmente bem tolerada.**

- ▶ Estas reações podem ocorrer durante o tratamento (reações imediatas) ou algumas horas ou dias após o tratamento (tardias).

SINAIS E SINTOMAS DE UMA REAÇÃO	
Nasais	espirros, comichão, obstrução
Oculares	olhos vermelhos, lacrimejo, comi-
Respiratórios	falta de ar, tosse, aperto na garganta
Cardio-vasculares	hipotensão arterial, alteração do ritmo cardíaco, dor no peito
Cutâneos	comichão, “manchas vermelhas” na pele, inchaço
Gastrintestinais	diarreia, náusea, vômitos
Outros	febre, calor, mal-estar, dor lombar

**É muito importante que informe de imediato o enfermeiro caso tenha algum sintoma diferente do habitual durante ou após o tratamento.**

**A equipa médica e de enfermagem cuidará de si, mas a sua colaboração é imprescindível.**

### IMPORTANTE

Informe o seu médico/enfermeiro caso tenha alergias, sobretudo se for alérgico a um medicamento.

Informe o seu médico/enfermeiro sobre todos os medicamentos que está a tomar.

## **APÊNDICE XXX**

Instrumento de suporte educacional para o doente com RHTA realizado no Estágio

## CONSULTA DE IMUNOALERGOLOGIA ONCOLÓGICA

Se teve uma RHS ao tratamento irá ser encaminhado para a Consulta de Imunoalergologia Oncológica.

Será avaliado por um médico especialista neste tipo de reações, com o intuito de realizar um diagnóstico e definir alternativas terapêuticas possíveis, de modo a poder continuar a cumprir o seu tratamento oncológico.

A equipa de enfermagem do Hospital de Dia de Oncologia dá apoio a esta consulta e irá acompanhá-lo durante todos os procedimentos.



Imagem 3

## HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

Unidade Hospitalar D

### LOCALIZAÇÃO:

Piso X

### CONTACTOS:

Telefone Geral: XXX XXX XXX

Extensão: XXXXX

Telefone Direto: XXX XXX XXX

### HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

De Segunda a Sexta-Feira, das 8h00 às 19h00  
(Exceto feriado e tolerâncias)



## FOLHETO INFORMATIVO

# Reação de Hipersensibilidade à Terapêutica Oncológica

Unidade Hospitalar D

Hospital de Dia de Oncologia

## REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE À TERAPÊUTICA ONCOLÓGICA

Este folheto pretende esclarecer o utente e os seus familiares sobre as Reações de Hipersensibilidade (RHS) que podem ocorrer durante a administração de um tratamento oncológico.



Imagem 1

### O QUE É UMA RHS?

A RHS a um medicamento é uma reação que provoca sinais/sintomas específicos, provocados pela exposição a esse medicamento, numa dose que é normalmente bem tolerada.

Todos os medicamentos utilizados nos tratamentos oncológicos podem causar uma RHS, embora em alguns estas reações sejam mais frequentes.

### QUANDO OCORRE UMA RHS?

Estas reações são inesperadas e podem ocorrer durante ou pouco tempo após o tratamento (reações imediatas) e/ou algumas horas/dias após o mesmo (reações tardias).

### QUE SINTOMAS PODEM OCORRER NUMA RHS?

**Nasais** - espirros, comichão, obstrução

**Oculares** - olhos vermelhos, lacrimejo, comichão

**Respiratórios** - falta de ar, tosse, aperto na garganta

**Cardio-vasculares** - hipotensão arterial, alteração do ritmo cardíaco, dor no peito

**Cutâneos** - comichão, "manchas vermelhas" na pele, inchaço de algumas zonas do corpo

**Gastrintestinais** - diarreia, náusea e/ou vômitos

**Outros** - febre, calor, mal-estar, dor lombar

Se teve uma RHS durante o tratamento, existem alguns cuidados que deverá ter em consideração:

- ⇒ No domicílio deve vigiar sinais e sintomas de reação tardia;
- ⇒ Se tiver sintomas de reação tardia deve contactar ou dirigir-se ao Hospital de Dia (dentro do horário de atendimento) ou dirigir-se a um Serviço de Urgência Central (fora do horário de atendimento do Hospital de Dia).
- ⇒ Se tiver algum sintoma súbito associado a um mal-estar intenso deve dirigir-se imediatamente a um Serviço de Urgência Geral.



Imagem 2

#### Fontes

Imagem 1 (Disponível em <https://i2.wp.com/producaomusicalweb.com.br/wp-content/uploads/2017/08/duvidas.png>. Acedido a 19.01.2018)

Imagem 2 (Disponível em <http://pastoralvocacionalamparo.blogspot.pt/2012/02/fique-atento.html>. Acedido a 14.01.2018)

Imagem 3 (Disponível em <http://silviobromberg.com.br/7-dicas-para-aliviar-os-efeitos-da-quimioterapia/>. Acedido a 14.01.2018)



## **APÊNDICE XXXI**

Instrumento de suporte educacional para o doente referenciado para a consulta de  
imunoalergologia – oncologia realizado no Estágio IV

## GUIA DE TRATAMENTO

Medicação	Horário	Pequeno-Almoço	Almoço	Jantar	Deitar	Duração do Tratamento

Observações:

Caso tenha alguma reação tardia após o tratamento deve dirigir-se ao Hospital de Dia de Oncologia (dentro do horário de atendimento) ou ao Serviço de Urgência Geral.

### Hospital de Dia de Oncologia

#### LOCALIZAÇÃO:

Piso X

#### CONTACTOS:

Telefone Geral: XXX XXX XXX

Extensão: XXXXX

Telefone Direto: XXX XXX XXX

#### HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

De Segunda a Sexta-Feira, das 8h00 às 19h00  
(Exceto feriado e tolerâncias)



Unidade Hospitalar D  
Hospital de Dia de Oncologia

## CONSULTA DE IMUNOALERGOLOGIA - ONCOLOGIA

Esta consulta é dirigida a pessoas que tiveram uma suspeita de reação de hipersensibilidade (RHS) a um medicamento durante o tratamento oncológico.

Este folheto pretende informar sobre os procedimentos e possibilidades terapêuticas necessários para que possa manter o seu tratamento.

## TESTES CUTÂNEOS ☐

São utilizados para identificar o risco de RHS. É aplicada na pele uma pequena quantidade do fármaco suspeito de causar alergia através de uma pequena picada. Após 15-20 minutos é observada a pele para verificar sinal de reação (inchaço e/ou vermelhidão).

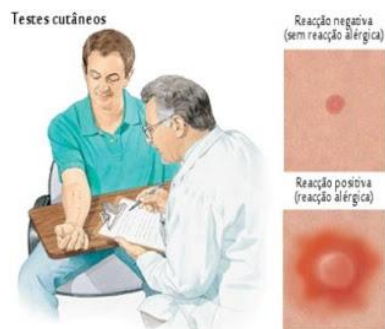


Imagem 1

O seu tratamento será definido de acordo com os resultados dos testes e as características da reação, podendo ser necessário realizar prova de provocação ou dessensibilização ao medicamento.

## PROVA DE PROVOCAÇÃO ☐

Consiste na administração de pequenas doses do medicamento suspeito de causar reação. À medida que faz o tratamento, estas doses são aumentadas gradualmente até se atingir a dose total pretendida.

É uma forma de confirmar o diagnóstico de reação, mas também pode ser uma alternativa terapêutica.



Imagem 2

Este procedimento é realizado em Hospital de Dia, sob vigilância médica e de enfermagem com experiência no tratamento de eventuais reações.

Pode ser necessário ficar em vigilância no serviço durante algum tempo após a realização da prova, pelo risco de ocorrerem reações tardias.

Antes realização da prova poderá ser necessário tomar medicação para prevenir reações. É muito importante que cumpra esta terapêutica.

## DESSENSIBILIZAÇÃO ☐

Realiza-se quando os testes cutâneos são positivos ou em caso de reação grave.

Imagem 3



Este procedimento permite administrar o medicamento que provocou a reação de uma forma controlada, com aumento gradual da dose e da velocidade de perfusão, até atingir a dose total pretendida. Deste modo é possível induzir um estado temporário de tolerância ao medicamento e, assim, manter o seu tratamento.

Poderá ser necessário tomar medicação para prevenir eventuais reações que, quando ocorrem, são geralmente mais ligeiras e são tratadas de imediato. É muito importante que cumpra esta terapêutica. Este procedimento é realizado em Hospital de Dia com vigilância de uma equipa médica e de enfermagem.

O procedimento tem uma duração de 6 ou mais horas e deve ser repetido em todos os ciclos ou até decisão médica.

Fontes:

Imagem 1 (Disponível em <http://portaldaoftalmologia.com.br/noticias/1744-alergia-ocular-como-tratar>. Acedido a 14.01.2018)

Imagem 2 (Disponível em <http://www.farmaceuticacuriosa.com/2017/04/novo-tratamento-para-problemas.html>. Acedido a 14.01.2018)

Imagem 3 (Disponível em <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/chemotherapy-and-you.pdf>. Acedido a 14.01.2018)

## **APÊNDICE XXXII**

Plano de sessão da apresentação do balanço final de implementação do projeto e  
perspetivas futuras realizada no Estágio IV

## **PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO**

### **Reação de Hipersensibilidade à Terapêutica Antineoplásica: Cuidados de Enfermagem em Hospital de Dia**

#### ***Balanço Final da Implementação do Projeto e Perspetivas Futuras***

<b>OBJETIVO GERAL</b>	– Divulgar à equipa de enfermagem o balanço final da implementação do projeto e as perspetivas futuras em relação ao mesmo				
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Apresentar as diversas atividades desenvolvidas no decorrer do Estágio IV</li> <li>– Refletir sobre os contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados</li> <li>– Sensibilizar a equipa para a continuidade da implementação do projeto no futuro</li> </ul>				
<b>DATA</b>	08 de Fevereiro de 2018	<b>HORÁRIO</b>	14h:30m	<b>DURAÇÃO</b>	30 Minutos
<b>LOCAL</b>	Sala de Trabalho do Hospital de Dia de Oncologia da Unidade Hospitalar D				

	<b>Conteúdos Programáticos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Meios e Recursos</b>	<b>Tempo Previsto</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sumário da sessão</li> <li>✓ Projeto de intervenção</li> <li>✓ Questão e resultados de investigação</li> </ul>	Expositiva	PowerPoint	5 Minutos
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	✓ Apresentação dos objetivos e das atividades desenvolvidas no estágio	Expositiva / Demonstrativa		15 Minutos
<b>CONCLUSÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Balanço final e contributos da implementação do projeto</li> <li>✓ Perspetivas futuras</li> </ul>	Expositiva / Participativa		10 Minutos

## **APÊNDICE XXXIII**

Sessão da apresentação do balanço final de implementação do projeto e perspectivas  
futuras realizada no Estágio IV

*Hospital de Dia de Oncologia – Unidade Hospitalar D*

## **Reação de Hipersensibilidade à Terapêutica Antineoplásica: Cuidados de Enfermagem em Hospital de Dia**

### ***Balanço Final da Implementação do Projeto e Perspetivas Futuras***

Inês Gonçalves Vicente Claro  
(Aluna N.º 7393)

Orientação de Professora Eunice Sá

08 de Fevereiro de 2018

## **Objetivos**

### **OBJETIVO GERAL**

- Divulgar à equipa de enfermagem o balanço final da implementação do projeto e as perspetivas futuras em relação ao mesmo.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Apresentar as diversas atividades desenvolvidas no decorrer do estágio;
- Refletir sobre os contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
- Sensibilizar a equipa para a continuidade da implementação do projeto no futuro;

## Plano de Sessão

- Projeto de Intervenção
- Questão de investigação
- Apresentação dos objetivos e atividades desenvolvidas no estágio;
- Balanço final e contributos da implementação do projeto
- Perspetivas futuras

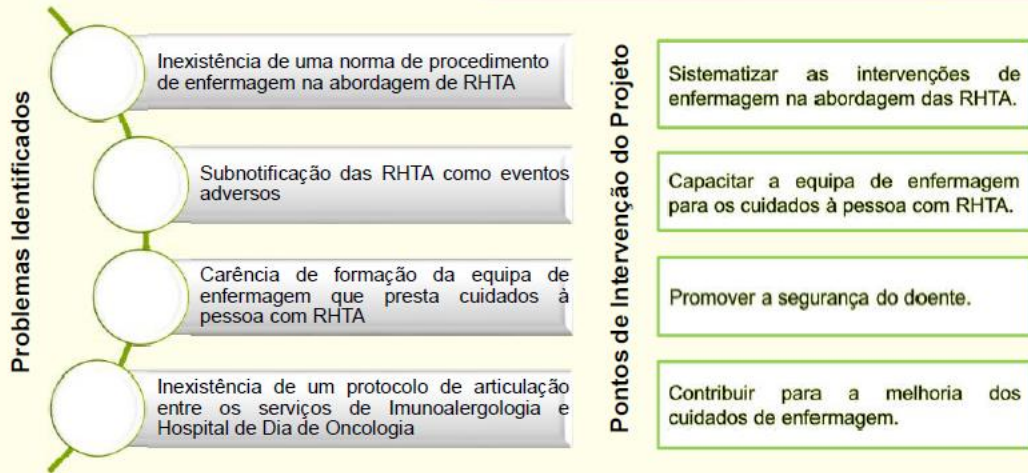
3

## Projeto de Intervenção

4



## Implementação do Projeto



A implementação deste projeto visa a garantia da melhoria dos cuidados prestados à pessoa com RHTA em contexto de Hospital de Dia, numa abordagem de cuidados especializados e centrados na individualidade e nas necessidades da pessoa.

5

## Questão de Investigação

**Quais os cuidados de enfermagem à pessoa com  
reação de hipersensibilidade à terapêutica  
antineoplásica?**

6

## Resultados



A revisão *scoping* evidenciou a amplitude do papel do enfermeiro e a complexidade das suas intervenções perante as RHTA, razão pela qual deve ser exigida uma adequada preparação dos profissionais que administram estas terapêuticas, de modo a garantir a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados.

(Gobel, 2005; Breslin, 2007; Viale & Yamamoto, 2009; Zetka, 2010; Shelton & Shivnan, 2011; Vogel, 2010, 2014; Jakel, Carsten, Braskett & Carino, 2016; Gallimore, 2017; Roselló et al, 2017)

7

## Objetivos e Atividades Desenvolvidas no Estágio

8

## Objetivo Geral

Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com RHTA em contexto de Hospital de Dia.

9

## Objetivos Específicos

1. Divulgar à equipa de enfermagem a implementação do projeto
2. Capacitar a equipa para os cuidados à pessoa com RHTA
3. Implementar intervenções de enfermagem no âmbito da prevenção das RHTA
4. Implementar intervenções de enfermagem no âmbito do diagnóstico das RHTA
5. Implementar intervenções de enfermagem no âmbito da gestão das RHTA
6. Implementar intervenções de enfermagem no âmbito da educação em relação às RHTA
7. Apresentar os resultados obtidos após implementação do projeto na mudança da prática de cuidados

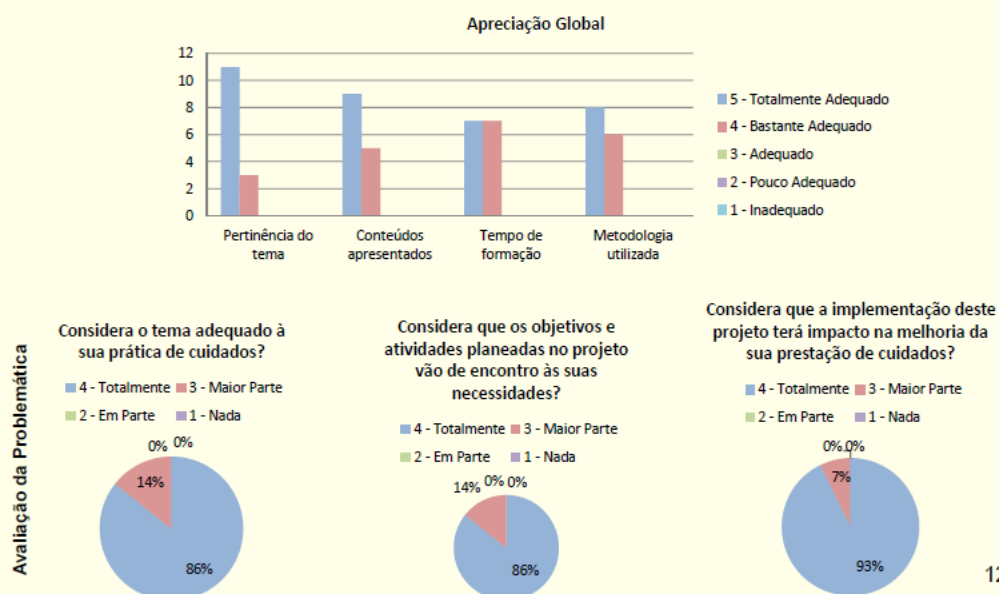
10

## 1. Divulgar à equipa de enfermagem a implementação do projeto

- ✓ Realizada reunião com enfermeiros responsáveis para validação do projeto, tendo sido obtido parecer positivo quanto à sua implementação;
- ✓ Realizada sessão de apresentação do projeto à equipa multidisciplinar, tendo sido obtida a participação de 70% da equipa de enfermagem;
- ✓ Aplicado instrumento de avaliação da sessão aos formandos;

11

## Resultados das Respostas dos Questionários de Avaliação da Sessão de Apresentação do Projeto



12

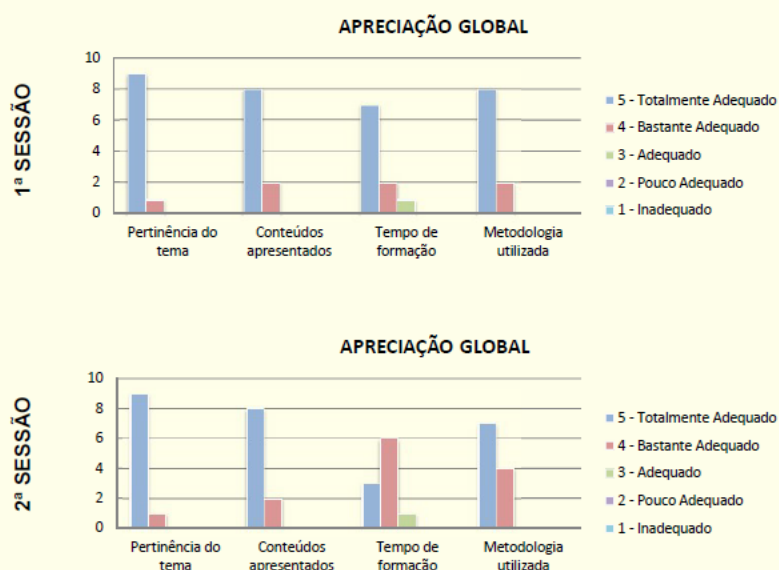
## 2. Capacitar a equipa para os cuidados à pessoa com RHTA

- ✓ Realizada sessão de formação à equipa de enfermagem sobre os cuidados à pessoa com RHTA, tendo sido obtida a participação de 50% da equipa;
- ✓ Uma vez que a participação ficou abaixo do pretendido, a formação foi repetida.
- ✓ A contabilização da participação nas duas sessões foi de 75%;
- ✓ Aplicado o mesmo instrumento de avaliação em ambas as sessões e comparados os resultados.

13



## Comparação dos Questionários de Avaliação das Sessões

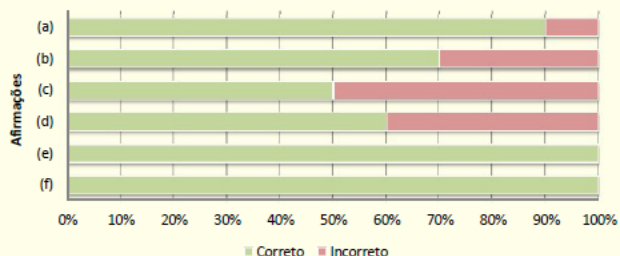


14

## Comparação dos Questionários de Avaliação das Sessões

### ANÁLISE DAS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES

1ª SESSÃO



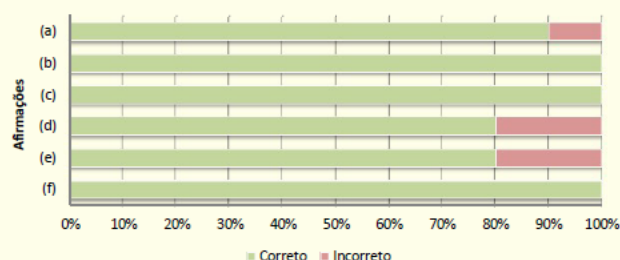
#### TOTAL

78% Respostas Corretas

22% Respostas Incorretas

### ANÁLISE DAS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES

2ª SESSÃO



#### TOTAL

92% Respostas Corretas

08% Respostas Incorretas

15

## Sugestões de Melhoria

- ✓ Normalizar os procedimentos;
- ✓ Posicionar os doentes na sala de acordo com nível de risco (Gestão do cadeirão pelo enfermeiro);
- ✓ Existência de terapêutica de emergência na sala das camas;
- ✓ Melhorar o ensino ao utente durante a admissão;
- ✓ Melhorar a colheita de dados iniciais;
- ✓ Melhorar o ensino relativo à pré-medicação e validação da sua toma;
- ✓ Melhorar a vigilância do utente;
- ✓ Efetuar registos mais completos (*check-list?*);
- ✓ Análise dos eventos que ocorrem para melhorar a prevenção e aplicar medidas corretivas.

16





### 3. Implementar intervenções de enfermagem no âmbito da prevenção das RHTA

- ✓ Elaborada um check-list para ser utilizada na consulta de enfermagem para avaliação dos factores de risco e realização do ensino ao doente;
- ✓ Presença em 8 consultas de enfermagem e verificado que em todas as consultas a abordagem das RHTA foi realizada de acordo com a check-list;
- ✓ Realizada uma proposta de norma de procedimento de articulação entre o Hospital de Dia de Oncologia e o serviço de Imunoalergologia, para o encaminhamento de doentes em que foram identificados factores de risco ou que desenvolveram um RHS;
- ✓ A proposta de norma de procedimento intitulada "Articulação entre o Hospital de Dia de Oncologia e a Consulta de Imunoalergologia-Oncologia" foi apresentada à equipa multidisciplinar;

17



#### ABORDAGEM DAS RHTA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM CHECK-LIST

##### MEDIDAS NO ÂMBITO DA PREVENÇÃO DA RHTA

- ❖ Avaliar os factores de risco de RHTA
  - ✓ História de antecedentes pessoais completa
  - ✓ História de alergias completa
    - Síndromes alérgicas (alimentares, respiratórios, cutâneos...)
    - Alergias medicamentosas
    - Reação anterior a um fármaco da mesma classe
  - ✓ Toma concomitante de outros fármacos (especialmente bloqueadores β-adrenérgicos, IECA, AINE, opióides)
  - ✓ Exposição anterior ao fármaco a ser administrado e n.º ciclos realizados
  - ✓ Eventos adversos ocorridos em tratamentos anteriores

##### MEDIDAS NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO DA RHTA

- ✓ Informar sobre a possibilidade de ocorrência de RHS durante a infusão e/ou RHS tardias
- ✓ Descrever os sinais/sintomas que podem indicar uma reação imediata e/ou tardia
- ✓ Instruir sobre a importância de reportar de imediato a ocorrência de qualquer sintoma
- ✓ Esclarecer sobre o procedimento e protocolo terapêutico
- ✓ Fornecer informações sobre a posologia da medicação oral pré e pós tratamento e reforçar a sua importância
- ✓ Assegurar o acompanhamento de enfermagem durante o tratamento, de modo a tranquilizar o doente e família

18



<b>ESEL</b> Escola Superior de Enfermagem de Lisboa	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b>	N.º Norma Data de Implementação	Folha 1/6
<b>ASSUNTO:</b>  <b>ARTICULAÇÃO ENTRE O HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA E A CONSULTA DE IMUNOALERGOLOGIA-ONCOLOGIA</b>		<b>ELABORADA POR:</b> Enfermeira Inês Claro	
		<b>REVISTO POR:</b> Nome do revisor	
			Janeiro de 2018
<b>DIVULGAÇÃO:</b> Manual Hospitalar		<b>APROVADO POR:</b>	
<b>ENTRADA EM VIGOR:</b> Data de entrada em vigor		Em fase de aprovação	
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b> Hipersensibilidade; Terapêutica Antineoplásica; Doente Oncológico; Oncologia; Imunoalergologia;		<b>A REVER EM:</b>	Data da próxima revisão

#### I – OBJETIVO

Garantir a continuidade de cuidados à pessoa com reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica (RHTA) através da uniformização e normalização de procedimentos na articulação entre o Hospital de Dia de Oncologia e a Consulta de Imunoalergologia-Oncologia da Unidade Hospitalar de Portimão.

#### II – DESTINATÁRIOS

Médicos e Enfermeiros

19



#### 4. Implementar intervenções de enfermagem no âmbito do diagnóstico das RHTA

- ✓ Elaborado um guia orientador de boas práticas no cuidado à pessoa com RHTA para servir de suporte teórico para consulta pela equipa multidisciplinar;
- ✓ Todas as atividades realizadas no âmbito da implementação do projeto encontram-se compiladas neste guia orientador de boas práticas para que fiquem disponíveis a toda a equipa;

20





## 5. Implementar intervenções de enfermagem no âmbito da gestão das RHTA

- ✓ Elaborada uma proposta de norma procedimento para atuação nas RHTA imediatas intitulada "Cuidados de enfermagem na gestão da RHTA imediata".
- ✓ Desenvolvido um algoritmo de atuação para intervenção imediata do enfermeiro em caso de RHTA;
- ✓ Elaborado um póster com o fluxograma de atuação de modo a estar visível na sala de trabalho;
- ✓ Elaborado um instrumento de documentação da reação, que pode ser utilizado pela equipa para facilitar os registos de enfermagem ou pode ser adotado como check-list para orientação dos registos, ficando ao critério da equipa;

21



NORMA DE PROCEDIMENTO		N.º Norma Data de implementação	Folha 1/7
<b>ASSUNTO:</b> CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA REAÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE À TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA IMEDIATA		<b>ELABORADA POR:</b> Enfermeira Inês Claro	
		<b>REVISTO POR:</b> Nome do revisor	
		Janeiro de 2018	
<b>DIVULGAÇÃO:</b> Manual Hospitalar Manual de Enfermagem – Hospital de Dia de Oncologia		<b>APROVADO POR:</b>	
<b>ENTRADA EM VIGOR:</b> Data de entrada em vigor		Em fase de aprovação	
<b>PALAVRAS-CHAVE</b> Hipersensibilidade; Terapêutica Antineoplásica; Doente Oncológico; Enfermagem Oncológica		<b>A REVER EM:</b> Data da próxima revisão	

### I – OBJETIVOS

#### Objetivo Geral

- Sistematizar as intervenções de enfermagem na gestão da reação de hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica (RHTA) imediata.

#### Objetivos Específicos

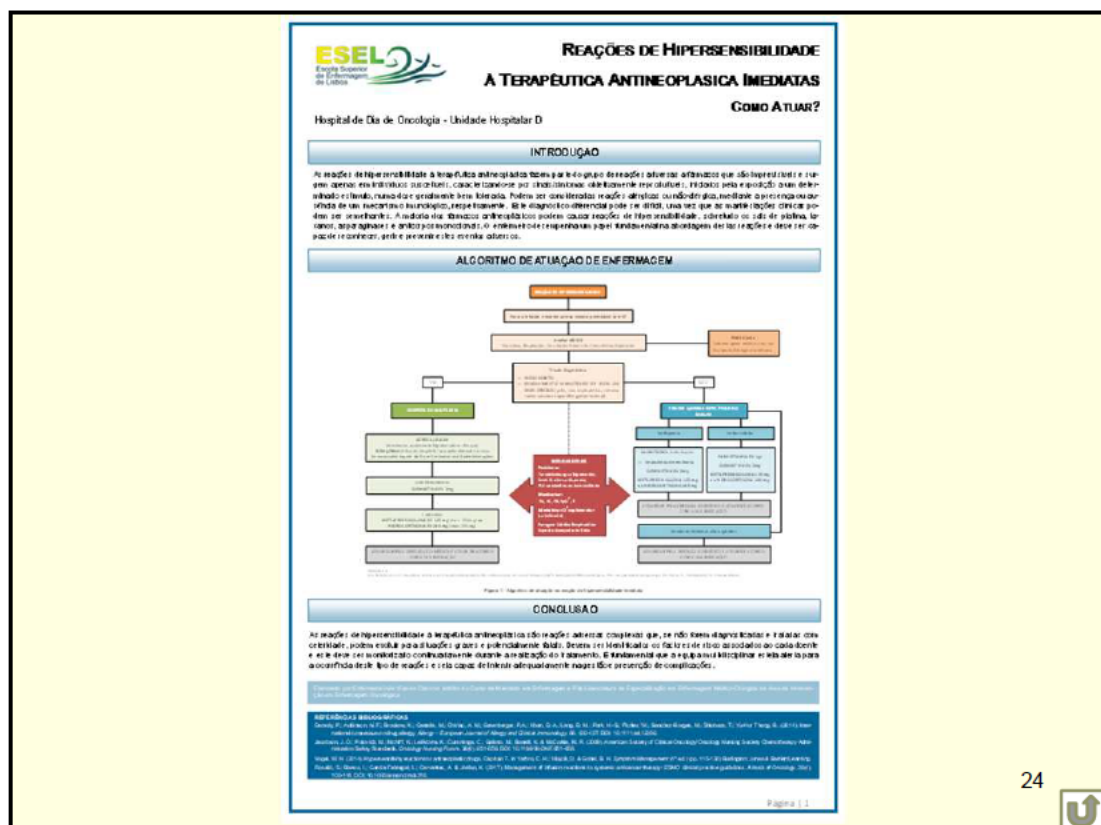
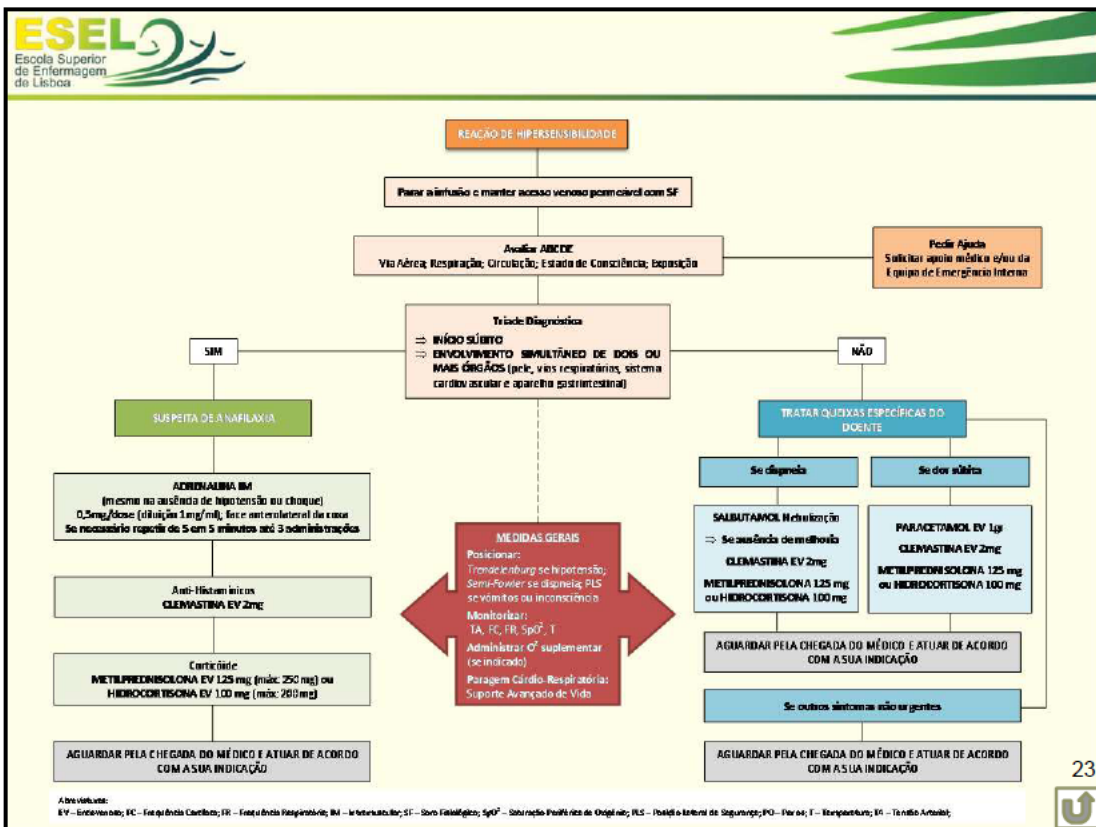
- Orientar o enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa com RHTA imediata;
- Uniformizar os cuidados de enfermagem na abordagem à pessoa com RHTA imediata;


### II – DESTINATÁRIOS

Enfermeiros

22







Etiqueta de Identificação do Doente

Hospital de Dia de Oncologia – Unidade Hospitalar D

**FICHA DE DOCUMENTAÇÃO DA REACÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE À  
TERAPÉUTICA ANTINEOPLÁSICA**

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Protocolo Normal
Prova Provocação
Dessensibilização

**AValiação Pré-Inusional**

Diagnóstico				
Intenção Terapêutica	Neoadjuvante	Adjuvante	Concomitante	Paliativo
Protocolo Terapêutico				
Nº de Ciclo/Dia				
Fármaco que provocou a reacção				
Exposição anterior a fármacos da mesma classe	Sim	Não	Qual?	
Antecedentes patológicos				
História de alergias				
Medicação habitual				
Toma de pré-medicação oral	Sim	Não	Fármaco(s)/dose	
Parâmetros vitais iniciais	TA	FC	FR	SpO <sub>2</sub> T

**DESCRIÇÃO DA REACÇÃO**


Dose do fármaco administrado (volume infundido)					
Ritmo de perfusão do fármaco					
Fármacos administrados antes da reacção					
Momento do início dos sintomas					
Sinais vitais no início da reacção	TA	FC	FR	SpO <sub>2</sub>	T
Sinais / sintomas iniciais					
Descrição da evolução dos sintomas e sinais vitais					

**GESTÃO DA REACÇÃO**

Intervenção / Cuidados prestados e terapêutica administrada			
Resposta do doente / Resolução de sintomas			
Reintrodução do fármaco e ritmo de perfusão	Sim	Não	Ritmo de perfusão
Tolerância da reintrodução do fármaco	Sim	Não	Observações


**ENCAMINHAMENTO**

Referenciação para a Consulta de Imunoalergologia-Oncologia	Sim	Não	Observações
Registo no Sistema de Notificação de Eventos Adversos	Sim	Não	Data de notificação
Prescrição de terapêutica para domicílio	Sim	Não	Qual?
Entrega de suporte informativo escrito ao doente	Sim	Não	Observações
Agendamento de contacto telefónico	Sim	Não	Data



**6. Implementar intervenções de enfermagem no âmbito da educação em relação às RHTA**

- ✓ Atualizado o guia de acolhimento com introdução de informação sobre as RHTA;
- ✓ Elaborado um instrumento de suporte educacional direccionado à pessoa que teve uma RHTA;
- ✓ Elaborado um instrumento de suporte educacional direccionado à pessoa referenciada para a consulta de Imunoalergologia-Oncologia;

26 

- **Protein**
- **Carbohydrate**
- **Minerals**

- ▶ Os tratamentos oncológicos podem causar diversas reações adversas, nomeadamente Reações de Hipersensibilidade.
- ▶ Estas reações são inesperadas, imprevisíveis e surgem apenas em determinadas pessoas que possam ser mais suscetíveis.
- ▶ Todos os medicamentos utilizados nos tratamentos oncológicos podem causar uma Reação de Hipersensibilidade, embora em alguns estas reações sejam mais frequentes.

A Reação de Hipersensibilidade a um medicamento é uma reação que provoca sinais/sintomas específicos, provocados pela exposição a esse medicamento, numa dose que é geralmente bem tolerada.

- Estas reações podem ocorrer durante o tratamento (reações imediatas) ou algumas horas ou dias após o tratamento (tardias).

## SINAIS E SINTOMAS DE UMA REAÇÃO

Nasais	espirros, comichão, obstrução
Oculares	olhos vermelhos, lacrimejo, comichão
Respiratórios	falta de ar, tosse, aperto na garganta
Cardio-vasculares	hipotensão arterial, alteração do ritmo cardíaco, dor no peito
Cutâneos	comichão, "manchas vermelhas" na pele, inchaço
Gastrointestinais	diarreia, náusea, vômitos
Outros	febre, calor, mal-estar, dor lombar

É muito importante que informe de imediato o enfermeiro caso tenha algum sintoma diferente do habitual durante ou após o tratamento.

A equipe médica e de enfermagem cuidará de si, mas a sua colaboração é imprescindível.

### IMPORTANTE

Informe o seu médico/enfermeiro caso tenha alergias, sobretudo se for alérgico a um medicamento.

Informe o seu médico/enfermeiro sobre todos os medicamentos que está a tomar.



CONSULTA DE  
IMUNOALERGOLOGIA  
ONCOLÓGICA

Se teve uma RHS ao tratamento  
irá ser encaminhado para a Con-  
sulta de Imunoalergologia Onco-  
lógica.

Será avaliado por um médico especialista neste tipo de reações, com o intuito de realizar um diagnóstico e definir alternativas terapêuticas possíveis, de modo a poder continuar a cumprir o seu tratamento oncológico.

A equipa de enfermagem do Hospital de Dia de Oncologia dá apoio a esta consulta e irá acompanhá-lo durante todos os procedimentos.



## HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

Unidade Hospitalar D

**LOCALIZAÇÃO:**

Piso X

**CONTACTOS:**

Telefone Geral: XXX XXX XXX

Extensão: XXXXX

Telefone Direto: XXX XXX XXX

**HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:**

De Segunda a Sexta-Feira, das 8h00 às 19h00  
(Exceto feriado e tolerâncias)



## FOLHETO INFORMATIVO

## Reação de Hipersensibilidade à Terapêutica Oncológica

Unidade Hospitalar D  
Hospital de Dia de Oncologia



## REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE À TERAPÊUTICA ONCOLÓGICA

Este folheto pretende esclarecer o utente e os seus familiares sobre as Reações de Hipersensibilidade (RHS) que podem ocorrer durante a administração de um tratamento oncológico.



### O QUE É UMA RHS?

A RHS a um medicamento é uma reação que provoca sinais/sintomas específicos, provocados pela exposição a esse medicamento, numa dose que é normalmente bem tolerada.

Todos os medicamentos utilizados nos tratamentos oncológicos podem causar uma RHS, embora em alguns estas reações sejam mais frequentes.

### QUANDO OCORRE UMA RHS?

Estas reações são inesperadas e podem ocorrer durante ou pouco tempo após o tratamento (reações imediatas) e/ou algumas horas/dias após o mesmo (reações tardias).

### QUE SINTOMAS PODEM OCORRER NUMA RHS?

**Nasais** - espirros, comichão, obstrução

**Oculares** - olhos vermelhos, lacrimejo, comichão

**Respiratórios** - falta de ar, tosse, aperto na garganta

**Cardio-vasculares** - hipotensão arterial, alteração do ritmo cardíaco, dor no peito

**Cutâneos** - comichão, "manchas vermelhas" na pele, inchaço de algumas zonas do corpo

**Gastrointestinais** - diarreia, náusea e/ou vômitos

**Outros** - febre, calor, mal-estar, dor lombar

Se teve uma RHS durante o tratamento, existem alguns cuidados que deverá ter em consideração:

- ⇒ No domicílio deve vigiar sinais e sintomas de reação tardia;
- ⇒ Se tiver sintomas de reação tardia deve contactar ou dirigir-se ao **Hospital de Dia** (dentro do horário de atendimento) ou dirigir-se a um **Serviço de Urgência Central** (fora do horário de atendimento do Hospital de Dia).
- ⇒ Se tiver algum sintoma súbito associado a um mal-estar intenso deve dirigir-se imediatamente a um **Serviço de Urgência Geral**.



## GUIA DE TRATAMENTO

Duração do Tratamento					
Deitar					
Jantar					
Almoço					
Pequeno-Almoço					
Medicação	Horário				

Observações:

Caso tenha alguma reação tardia após o tratamento deve dirigir-se ao Hospital de Dia de Oncologia (dentro do horário de atendimento) ou ao Serviço de Urgência Geral.

### Hospital de Dia de Oncologia

**LOCALIZAÇÃO:**  
Piso X

**CONTACTOS:**  
Telefone Geral: XXX XXX XXX  
Extensão: XXXXX  
Telefone Direto: XXX XXX XXX

**HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:**  
De Segunda a Sexta-Feira, das 8h00 às 19h00  
(Exceto feriados e tolerâncias)



Unidade Hospitalar D  
Hospital de Dia de Oncologia

## CONSULTA DE IMUNOALERGOLOGIA - ONCOLOGIA

Esta consulta é dirigida a pessoas que tiveram uma suspeita de reação de hipersensibilidade (RHS) a um medicamento durante o tratamento oncológico.

Este folheto pretende informar sobre os procedimentos e possibilidades terapêuticas necessários para que possa manter o seu tratamento.

TESTES CUTÂNEOS <input type="checkbox"/>	PROVA DE PROVOCAÇÃO <input type="checkbox"/>	DESENSIBILIZAÇÃO <input type="checkbox"/>
<p>São utilizados para identificar o risco de RHS. É aplicada na pele uma pequena quantidade do fármaco suspeito de causar alergia através de uma pequena picada. Após 15-20 minutos é observada a pele para verificar sinal de reação (inchaço e/ou vermelhidão).</p> <div data-bbox="288 562 512 763"> </div> <p>O seu tratamento será definido de acordo com os resultados dos testes e as características da reação, podendo ser necessário realizar prova de provocação ou dessensibilização ao medicamento.</p>	<p>Consiste na administração de pequenas doses do medicamento suspeito de causar reação. À medida que faz o tratamento, estas doses são aumentadas gradualmente até se atingir a dose total pretendida.</p> <p>É uma forma de confirmar o diagnóstico de reação, mas também pode ser uma alternativa terapêutica.</p> <div data-bbox="639 584 735 719"> </div> <p>Este procedimento é realizado em Hospital de Dia, sob vigilância médica e de enfermagem com experiência no tratamento de eventuais reações.</p> <p>Pode ser necessário ficar em vigilância no serviço durante algum tempo após a realização da prova, pelo risco de ocorrerem reações tardias.</p> <p>Antes realização da prova poderá ser necessário tomar medicação para prevenir reações. É muito importante que cumpra esta terapêutica.</p>	<p>Realiza-se quando os testes cutâneos são positivos ou em caso de reação grave.</p> <div data-bbox="1150 439 1270 539"> </div> <p>Este procedimento permite administrar o medicamento que provocou a reação de uma forma controlada, com aumento gradual da dose e da velocidade de perfusão, até atingir a dose total pretendida. Deste modo é possível induzir um estado temporário de tolerância ao medicamento e, assim, manter o seu tratamento.</p> <p>Poderá ser necessário tomar medicação para prevenir eventuais reações que, quando ocorrem, são geralmente mais ligeiras e são tratadas de imediato. É muito importante que cumpra esta terapêutica. Este procedimento é realizado em Hospital de Dia com vigilância de uma equipa médica e de enfermagem.</p> <p>O procedimento tem uma duração de 6 ou mais horas e deve ser repetido em todos os ciclos ou até decisão médica.</p>

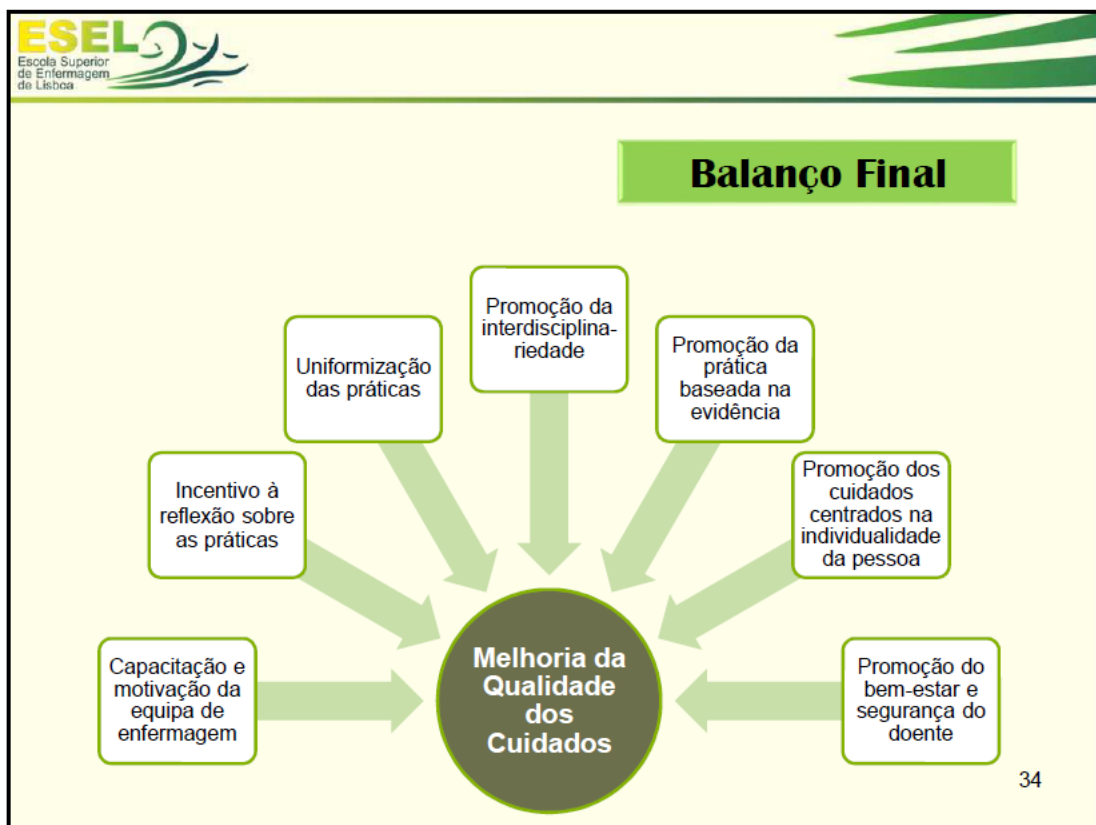
**7. Apresentar os resultados obtidos após implementação do projeto na mudança da prática de cuidados**

- ✓ Divulgação à equipa de enfermagem do balanço final da implementação do projeto e das perspetivas futuras em relação ao mesmo através da presente sessão de formação;

32

## Balanço Final e Perspetivas Futuras

33



## Perspetivas Futuras

- ✓ Dar continuidade às atividades programadas (submissão das normas de procedimento à Direção de Enfermagem);
- ✓ Ponderar a implementação de um contacto telefónico de *follow-up* à pessoa com RHTA;
- ✓ Aumentar a taxa de notificação de eventos adversos relacionados com as RHTA para 100%;
- ✓ Continuar a desenvolver um papel ativo no seio na equipa multidisciplinar, nomeadamente através de consultoria relativamente à abordagem das RHTA;
- ✓ Manter a formação da equipa com apresentações periódicas dos contributos da evidência mais recente relativamente às RHTA;
- ✓ Ponderar a divulgação dos contributos do projeto em apresentações orais e/ou escritas.

35

## Referências Bibliográficas

- Breslin, S. (2007). Cytokine-release syndrome: Overview and nursing implications. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 11(1). 37-42. DOI: 10.1188/07.CJON.S1.37-42.
- Gallimore, E. (2016). Infusion-related risks associated with chemotherapy. *Nursing Standard*. 30(25). 51-58. DOI: 10.7748/ns.30.25.51.s48
- Gobel, B. H. (2005). Chemotherapy-Induced Hypersensitivity Reactions. *Oncology Nursing Forum*. 32(5). 1027-1035. DOI: 10.1188/05.ONF.1027-1035.
- Jakel, P.; Carsten, C.; Carino, A. & Braskett, M. (2016b). Nursing Care of Patients Undergoing Chemotherapy Desensitization: Part II. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 20(2), 137-139. DOI: 10.1188/16.CJON.137-139.
- Roselló, S.; Blasco, I.; García Fabregat, L.; Cervantes, A. & Jordan, K. (2017). Management of infusion reactions to systemic anticancer therapy: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*. 28(4). 100-118. DOI: 10.1093/annonc/mdx216.
- Viale, P. H. & Yamamoto, D. S. (2009). Biphasic and Delayed Hypersensitivity Reactions: Implications for Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14(3). 347-356. DOI: 10.1188/10.CJON.347-356.
- Vogel, W. H. (2010). Infusion Reactions: Diagnosis, Assessment and Management. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14(2). 10-21. DOI:10.1188/10.CJON.E10-E21.
- Vogel, W. H. (2014). Hypersensitivity Reactions to Antineoplastic Drugs. Capítulo 7. In Yarbro, C. H.; Wujcik, D. & Gobel, B. H. *Symptom Management* (4ª ed.). (pp. 115-130). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Zetka, E. S. (2012). The Essentials of Chemotherapy-Induced Infusion Reactions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 16(5). 527-529. DOI: 10.1188/12.CJON.527-529.
- Shelton, B. & Shivan, J. C. (2011). Acute hypersensitivity reactions: What nurses need to know. *Johns Hopkins Nursing*. 9(1). 34-36. Disponível em <http://magazine.nursing.jhu.edu/2011/04/acute-hypersensitivity-reactions-what-nurses-need-to-know/>. Acedido a 27.10.2017.



# **ANEXOS**

## **ANEXO I**

Classificação de Gell & Coombs

## Classificação de Gell & Coombs adaptada e suas principais características

Tipo de HS	I	II	III	IVa	IVb	IVc	IVd
<b>Designação</b>	Imediata ou alérgica	Citotóxica	Por imunocomplexos	Tardia ou retardada / celular			
<b>Tempo de reação</b>	Imediata, 15min-1h	Tardia	Tardia	Tardia (embora possa ocorrer em horas se mecanismos p-i)			
<b>Reconhecimento imune</b>	Anticorpos			TCR			
	IgE	IgG (e IgM)	IgG e IgM				
<b>Antigénio</b>	Solúvel	Superfície celular/ matriz extracelular	Solúvel	Superfície celular/ matriz extracelular	Superfície celular/ matriz extracelular	Superfície celular/ matriz extracelular	Solúvel
	Haptenização	Haptenização	Haptenização	Haptenização p-i	Haptenização p-i	Haptenização p-i	Haptenização p-i
<b>Mecanismo efetor</b>	Desgranulação de mastócitos e basófilos	Citotoxicidade através de FcR: ADCC, NK, complemento, neutrófilos, macrófagos	Deposição de imunocomplexos com ativação de fagócitos, neutrófilos e mastócitos	Th1 Ativação de monócitos e macrófagos	Th2 Inflamação eosinofílica	Citólise de queratinócitos, hepatócitos, etc, por linfócitos T CD4 <sup>+</sup> e CD8 <sup>+</sup> citotóxicos	Ativação e recrutamento de neutrófilos
<b>Mediadores</b>	Histamina, triptase, leucotrienos, prostaglandinas, TNF $\alpha$	Complemento, perforina, granzimas, Fas-FasL, fagocitose	Complemento, coagulação (microtrombose), desgranulação de mastócitos	IFN $\gamma$ TNF $\alpha$ IL18	IL5 IL4 IL13	Perforina, granzimas, FasL, granulisina	CXCL8, GM-CSF, IL17
<b>Clínica</b>	Rinite, broncospasmo, urticária, anafilaxia, choque anafilático	Anemia hemolítica, trombocitopenia, nefrite intersticial	Vasculite, glomerulonefrite, artrite, "rash" cutâneo, doença do soro	Dermatite de contacto (com IVc)	Exantema maculopapular eosinofílico, DRESS/DiHS	Exantema maculopapular, Dermatite de contacto, SJS, NET, DILI, nefrite intersticial ou pneumonite por fármacos	Pustulose exantemática generalizada aguda
<b>Fármacos mais frequentes</b>	Penicilinas e outros antibióticos, AINEs, anticorpos monoclonais quiméricos, IVIG	Cefalosporinas, penicilinas, levodopa, metildopa, quinidina, AINEs	Anticorpos monoclonais, cefaclor, cefalexina, amoxicilina cotrimoxazol, AINEs e diuréticos	Vários	EMP: penicilinas, cefalosporinas, allopurinol DRESS: allopurinol, carbamazepina, fenitoína, sulfonamidas, abacavir	Cotrimoxazole, allopurinol, abacavir, beta-lactâmicos, paracetamol, nevirapina, anti-convulsivantes	Amoxicilina, bloqueadores canais Ca <sup>2+</sup> , antimaláricos

AINEs – anti-inflamatórios não esteroides; IVIG – imunoglobulina humana endovenosa; ADCC – citotoxicidade celular dependente de anticorpos; EMP – exantema maculopapular; SJS – síndrome de Stevens-Johnson; NET – necrólise epidérmica tóxica; DILI – *drug induced liver injury*

Fonte:

Regateiro, F. & Faria, E. (2016). Mecanismos imunopatológicos das reações de hipersensibilidade a fármacos. Revista Portuguesa de Imunoalergologia. 24(2). 63-78. Disponível em [http://www.scielo.mec.pt/pdf/imu/v24n2/24n2\\_a02.pdf](http://www.scielo.mec.pt/pdf/imu/v24n2/24n2_a02.pdf). Acedido a 17.04.2017.

## **ANEXO II**

Registos da Avaliação do Estágio com Relatório



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

### REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio

Unidade Hospitalar A

#### Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A aluna Inês Vicente Claro atingiu os objectivos a que se propôs, demonstrando competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados específicos aos doentes com RHTA.

Durante o período em causa, a aluna pôde observar todo o percurso do doente com RHTA, abrangendo a Consulta de Enfermagem, o Hospital de Dia de Imunoalergologia e o Hospital de Dia de Oncologia. Esta observação permitiu a sua integração na equipa multidisciplinar e análise das práticas exercidas.

Dado o número de doentes com RHTA em tratamento no período de estágio, foi possível à aluna observar, analisar e pôr em prática quer os conhecimentos que já havia adquirido, quer novos conhecimentos resultantes do contexto específico da nossa instituição.

A aluna complementou tudo isto com novas pesquisas bibliográficas que sedimentaram conhecimentos, e desenvolveu ainda um instrumento de educação para o doente com RHTA.

No sentido de uma avaliação qualitativa, a aluna teve um desempenho excelente, em todas as áreas do saber-saber, saber-fazer, saber-ser e saber-estar.

Data:

Orientador:

Orientador:

Estudante (tomei conhecimento)

Inês Vicente Claro

Docente:



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

**REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

Local de Estágio:

Unidade Hospitalar B

**Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:** A aluna de Especialidade Inês Claro cumpriu os objectivos a que se propôs no início deste Estágio. Dinâmica e disponível integrou a equipa multidisciplinar de forma célere. A sua postura foi sempre pautada de juízo crítico face aos protocolos de Dessensibilização Oncológica, e ao modo da sua operacionalização. Analisando a prática desenvolvida, procurou entender a administração de protocolos de Dessensibilização Oncológica e, estabelecer comparação entre o praticado no nosso Hospital de Dia e, o observado em outros contextos. Incorporando os conhecimentos que detém da sua prática clínica, prestou cuidados de Enfermagem especializados à pessoa sob Dessensibilização Oncológica, atendendo aos seus antecedentes pessoais, história clínica (sintomas de RHS; ciclo de quimioterapia) e outros dados essenciais à prestação de cuidados pautados pela qualidade. Excelente capacidade comunicativa, com equipa de Enfermagem, pessoa doente e família. Sempre motivada e interessada na consulta de documentação orientadora de boa prática, identifica como necessário a Construção de um folheto esclarecedor a facultar à pessoa alvo de Dessensibilização Oncológica, num primeiro contacto com o Hospital de Dia. Dá início ainda, à construção de uma norma que norteará o Projeto de articulação do nosso Hospital de Dia com o Hospital de Dia de Oncologia. Por tudo o que é referido anteriormente considero que merece a Classificação de Muito Bom.

Data: 2/Nov/2017 Orientador: (

Estudante (tomei conhecimento) Inês Vicente Claro

Orientador:

Docente: [Assinatura]





ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
CURSO DE Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Área Específica de Intervenção: Enfermagem Oncológica

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio:

Unidade Hospitalar C

**Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:**

Ao longo deste período de estágio a Enfermeira Inês demonstrou interesse e empenho em todo o processo de Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica e sua família realizar tratamento com quimioterapia.

A Enfermeira Inês integrou-se muito bem na equipa e nas rotinas do serviço. Trazia uma vasta gama de conhecimentos e competências técnicas, científicas e relacionais para cuidar da pessoa e família com doença oncológica, o seu estágio permitiu ainda participar como elemento activo com competências especializadas na equipa de enfermagem.

Relativamente ao seu projecto de estágio, desenvolvido pela Enfermeira Inês, nomeadamente "Reacção de Hipersensibilidade à Terapêutica Antineoplásica: Cuidados de Enfermagem em Hospital de Dia", houve algumas oportunidades de aprofundar esta temática junto da equipa e na prestação directa de cuidados. É um projecto pertinente que requer um trabalho interdisciplinar e que enfatiza a importância do papel do enfermeiro em todo este processo.

Houve oportunidade de discutir com a Enfermeira Inês, o protocolo instituído pelo serviço na actuação de reacções de hipersensibilidade, tendo resultado daí, estratégias facilitadoras para a implementação no seu serviço.

Assim sendo, considero que a Enfermeira Inês, cumpriu os objectivos a que se propôs, deixando também o seu contributo no local de estágio.

Pelos motivos acima referidos, atribuo à prestação da Enfermeira Inês a classificação de Muito Bom

Avaliação qualitativa: Insuficiente; Suficiente; Bom; Muito bom; Excelente (sublinhar a avaliação pretendida)

Data:

Orientador:

Estudante (tomei conhecimento)

Inês Vinte (letra)

Orientador:

Docente:

Faustino



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
CURSO DE Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Área Específica de Intervenção: Enfermagem Oncológica

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio

Unidade Hospitalar D

**Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:**

A Enfª Inês Claro, ao longo do estágio, atingiu os objetivos a que se propôs no seu projeto.

Demonstrou o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista nos diferentes domínios quer pela aquisição de conhecimentos, quer pelo trabalho elaborado (sensibilização da equipa para a problemática em estudo, formação, elaboração de guia de boas práticas, panfletos, normas, impressos, poster). Conseguiu ainda o envolvimento da equipa multidisciplinar e a implementação de intervenções com impacto na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao doente oncológico.

Dada a natureza do estágio, os objetivos a que se propôs, as atividades desenvolvidas e o impacto positivo no serviço, ficou demonstrado o rigor, a organização e a **excelência** no desempenho da Enfª Inês Claro. Pela sua dedicação e entusiasmo na prossecução deste projeto a Enfª Inês está de muitos parabéns.

Data:

9/2/18

Orientador:

Estudante (tomei conhecimento)

Inês Claro

Orientador:

Docente:

João Carlos



